



EVALUACIÓN ESTRATÉGICA

**SOBRE EL AVANCE DE LAS MUJERES
EN EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS**

18
AÑOS

coneval

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Lo que se mide
se puede mejorar



Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Evaluación estratégica sobre el avance de las mujeres en el ejercicio de sus derechos

Primera edición, noviembre de 2023

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

Insurgentes Sur 810, colonia Del Valle, CP 03100,
alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México.

Hecho en México

Publicación gratuita

Consulte el catálogo de publicaciones en www.coneval.org.mx

Publicación a cargo de la Coordinación General de Evaluación del CONEVAL.

El contenido de esta obra es propiedad del CONEVAL. Se autoriza su reproducción por cualquier sistema mecánico o electrónico para fines no comerciales.

Citación sugerida: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
Evaluación estratégica sobre el avance de las mujeres en el ejercicio de sus derechos.
Ciudad de México: CONEVAL, 2023.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

CONSEJO ACADÉMICO

Armando Bartra Vergés

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

María del Rosario Cárdenas Elizalde

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

Guillermo Cejudo Ramírez

Centro de Investigación y Docencia Económicas

Claudia Vanessa Maldonado Trujillo

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

Salomón Nahmad Sittón

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores
en Antropología Social-Pacífico Sur

John Roberto Scott Andretta

Centro de Investigación y Docencia Económicas

SECRETARÍA EJECUTIVA

José Nabor Cruz Marcelo

Secretario Ejecutivo

Karina Barrios Sánchez

Coordinadora General de Evaluación

José Manuel Del Muro Guerrero

Coordinador General de Monitoreo, Entidades
Federativas y Fortalecimiento Institucional

Alida Marcela Gutiérrez Landeros

Coordinadora General de Análisis de la Pobreza

Daniel Gutiérrez Cruz

Coordinador General de Administración

EQUIPO TÉCNICO

Karina Barrios Sánchez
Alejandra Correa Herrejón
María Luisa Monroy Merchán
Paola Plata Rojas
Alma Verónica Corona García
Monica Lizbeth Altamirano Salazar



Contenido

| | |
|--|-----|
| Índice de cuadros, figuras y gráficas | 6 |
| Glosario | 8 |
| Siglas y acrónimos | 10 |
| Introducción | 12 |
| Marco normativo para la promoción y protección de los derechos de las mujeres | 14 |
| Marco normativo internacional | 16 |
| Marco normativo nacional..... | 19 |
| | |
| Estado actual del ejercicio de los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud de las mujeres | 28 |
| Pobreza y mujeres, 2018-2022 | 30 |
| Análisis del derecho al trabajo de las mujeres..... | 32 |
| Análisis del derecho a la seguridad social de las mujeres | 53 |
| Análisis del derecho a la salud de las mujeres | 63 |
| | |
| Mecanismos de política pública en torno al ejercicio de los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud de las mujeres | 80 |
| Metodología para la identificación de los programas federales de desarrollo social vinculados a la atención de los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud de las mujeres..... | 81 |
| Vinculación de los programas federales de desarrollo social para la atención de los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud de las mujeres | 83 |
| | |
| Hallazgos y recomendaciones | 102 |
| Hallazgos | 103 |
| Recomendaciones..... | 113 |
| | |
| Referencias | 120 |
| | |
| Anexo 1 | |
| Formato de Aspectos Relevantes de la Evaluación (FARE) | 127 |

Índice de cuadros, figuras y gráficas

Cuadros

| | |
|---|-----|
| Cuadro 1. Leyes en materia de género en México | 20 |
| Cuadro 2. Tasas de desocupación y subocupación según sexo, primer trimestre de 2018-cuarto trimestre de 2022 | 40 |
| Cuadro 3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas de 20 años o más según sexo. México, 2012, 2018 y 2021 | 70 |
| Cuadro 4. Tasa específica de fecundidad según grupo de edad por cada 1,000 mujeres. México, 2010-2023 | 74 |
| Cuadro 5. Dimensiones de los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud de las mujeres | 82 |
| Cuadro 6. Listado de programas federales de desarrollo social que atienden el derecho al trabajo de las mujeres por tipo de vinculación..... | 84 |
| Cuadro 7. Porcentaje de eficiencia en cobertura de los programas federales de desarrollo social con vinculación directa al derecho al trabajo de las mujeres, 2021 y 2022..... | 89 |
| Cuadro 8. Población atendida por los programas federales de desarrollo social con vinculación directa al derecho al trabajo de las mujeres según sexo, 2022 | 90 |
| Cuadro 9. Presupuesto ejercido por los programas federales de desarrollo social con vinculación directa al derecho al trabajo de las mujeres, 2021 y 2022 (millones de pesos)..... | 90 |
| Cuadro 10. Listado de programas federales de desarrollo social que atienden el derecho a la seguridad social de las mujeres por tipo de vinculación..... | 91 |
| Cuadro 11. Porcentaje de eficiencia en cobertura de los programas federales de desarrollo social con vinculación directa al derecho a la seguridad social de las mujeres, 2021 y 2022..... | 94 |
| Cuadro 12. Población atendida por los programas federales de desarrollo social con vinculación directa al derecho a la seguridad social de las mujeres según sexo, 2022..... | 95 |
| Cuadro 13. Presupuesto ejercido por los programas federales de desarrollo social con vinculación directa al derecho a la seguridad social de las mujeres, 2021 y 2022 (millones de pesos)..... | 95 |
| Cuadro 14. Listado de programas federales de desarrollo social que atienden el derecho a la salud de las mujeres por tipo de vinculación..... | 96 |
| Cuadro 15. Porcentaje de eficiencia en cobertura de los programas federales de desarrollo social con vinculación directa al derecho a la salud de las mujeres, 2021 y 2022..... | 99 |
| Cuadro 16. Población atendida por los programas federales de desarrollo social con vinculación directa al derecho a la salud de las mujeres según sexo, 2022 | 99 |
| Cuadro 17. Presupuesto ejercido por los programas federales de desarrollo social con vinculación directa al derecho a la salud de las mujeres, 2021 y 2022 (millones de pesos)..... | 100 |

Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Objetivos prioritarios del Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2020-2024 | 21 |
| Figura 2. Porcentaje de personas ocupadas según sector de actividad económica y sexo. México, cuarto trimestre de 2022.... | 36 |
| Figura 3. Promedio de horas semanales dedicadas a actividades productivas según sexo. México, 2014 y 2019..... | 42 |
| Figura 4. Razones por las que la Población No Económicamente Activa no busca empleo según sexo. México, cuarto trimestre de 2022 (porcentaje) | 44 |
| Figura 5. Promedio de horas semanales por tipo de actividad de trabajo no remunerado y sexo. México, 2014 y 2019..... | 45 |
| Figura 6. Valor económico porcentual de las labores domésticas y de cuidados según tipo de función y sexo. México, 2021 | 47 |
| Figura 7. Porcentaje de mujeres con carencia por acceso a la seguridad social. México, 2022..... | 55 |
| Figura 8. Porcentaje de mujeres adultas mayores con acceso directo a un esquema básico de seguridad social según pertenencia étnica. México, 2016-2020 | 57 |

| | |
|---|----|
| Figura 9. Porcentaje de personas adultas mayores (65 años o más) que reciben pensión contributiva según sexo. México, 2016-2020..... | 59 |
| Figura 10. Porcentaje de personas de 65 años o más que reportaron recibir transferencias monetarias por programas para personas adultas mayores según sexo. México, 2016-2020..... | 61 |
| Figura 11. Porcentaje de mujeres con carencia por acceso a los servicios de salud. México, 2022 | 68 |

Gráficas

| | |
|---|----|
| Gráfica 1. Porcentaje de mujeres en situación de pobreza. México, 2018, 2020 y 2022 | 30 |
| Gráfica 2. Porcentaje de mujeres por indicador de carencia social. México, 2018, 2020 y 2022 | 31 |
| Gráfica 3. Porcentaje de mujeres con ingreso inferior a las líneas de pobreza por ingresos y de pobreza extrema por ingresos. México, 2018, 2020 y 2022..... | 32 |
| Gráfica 4. Tasa de participación económica según sexo. México, primer trimestre de 2018-cuarto trimestre de 2022..... | 34 |
| Gráfica 5. Porcentaje de personas ocupadas según salarios mínimos y sexo. México, cuarto trimestre de 2022 | 37 |
| Gráfica 6. Ingreso laboral real promedio de la población ocupada según sexo. México, primer trimestre de 2018-primer trimestre de 2023..... | 39 |
| Gráfica 7. Promedio de horas semanales que dedican las mujeres a actividades productivas por condición de habla de lengua indígena. México, 2019..... | 43 |
| Gráfica 8. Participación del valor del trabajo no remunerado en labores domésticas y de cuidados respecto al Producto Interno Bruto. México, 2010-2021 (porcentaje del PIB a precios corrientes) | 47 |
| Gráfica 9. Tasa de informalidad laboral según sexo. México, primer trimestre de 2018-cuarto trimestre de 2022 | 48 |
| Gráfica 10. Porcentaje de personas ocupadas en el trabajo doméstico remunerado en el sector informal según salarios mínimos y sexo. México, cuarto trimestre de 2022..... | 49 |
| Gráfica 11. Porcentaje de personas ocupadas con prestaciones laborales según sexo. México, 2022 | 51 |
| Gráfica 12. Prevalencia de violencia contra las mujeres de 15 años o más a lo largo de la vida por ámbito. México, 2016 y 2021..... | 52 |
| Gráfica 13. Porcentaje de personas ocupadas que nunca han cotizado en alguna institución de seguridad social según sexo y grupos de edad. México, 2020..... | 58 |
| Gráfica 14. Porcentaje de personas adultas mayores (65 años o más) que reportaron recibir transferencias monetarias por pensión o jubilación según sexo y decil de ingreso corriente total per cápita. México, 2020..... | 59 |
| Gráfica 15. Porcentaje de personas que reportaron recibir transferencias monetarias por programas sociales según sexo y grupos de edad. México, 2020..... | 60 |
| Gráfica 16. Porcentaje de personas según condición de afiliación a servicios de salud, sexo e institución. México, 2010, 2015 y 2020..... | 64 |
| Gráfica 17. Porcentaje de personas afiliadas a servicios de salud según sexo. México, 2010, 2015 y 2020 | 65 |
| Gráfica 18. Porcentaje de personas derechohabientes por procedencia directa según sexo y situación de pobreza. México, 2020 | 66 |
| Gráfica 19. Prevalencia de diabetes e hipertensión con diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más por rango de edad y sexo. México, 2021 | 69 |
| Gráfica 20. Porcentaje de personas que reportaron tener problemas de salud en el último año y que fueron atendidas según sexo e institución de afiliación. México, 2020..... | 72 |
| Gráfica 21. Promedio de horas a la semana dedicado a actividades de convivencia y entretenimiento según sexo. México, 2019 | 77 |
| Gráfica 22. Tasa de casos nuevos de depresión según sexo. México, 2014-2021 | 78 |

Glosario

| | |
|---|--|
| Acciones afirmativas | Conjunto de medidas de carácter temporal correctivo, compensatorio y/o de promoción, encaminadas a impulsar la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres. |
| Brecha de género | Medida aritmética que muestra la distancia entre mujeres y hombres respecto a un mismo indicador, es decir, visibiliza las desigualdades. En un análisis con perspectiva de género sirve para reflejar las distancias existentes entre los sexos en relación con las oportunidades de acceso y control de los recursos económicos, sociales, culturales y políticos. |
| Derechos sociales | Derechos para el desarrollo social definidos en el artículo 6 de la Ley General de Desarrollo Social, los cuales son: educación, salud, alimentación nutritiva y de calidad, vivienda digna y decorosa, disfrute de un medio ambiente sano, trabajo, seguridad social y los relativos a la no discriminación en términos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. |
| Diabetes | Enfermedad sistémica, no transmisible, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, caracterizada por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. |
| Discriminación por razón de género | Toda distinción, exclusión y restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil, o en cualquier otra. |
| División sexual del trabajo | Manera en la que cada sociedad organiza la distribución del trabajo entre los hombres y las mujeres según los roles de género establecidos que se consideran apropiados para cada sexo. |
| Empleo informal | Es la suma de quienes operan en unidades económicas no registradas en el ámbito no agropecuario; modos de producción de tipo familiar en el agropecuario, así como todo el trabajo no registrado en cualquier otro tipo de unidad económica y ámbito, es decir, está constituido por el trabajo independiente o la ocupación en el sector informal y por la ocupación informal en el sector formal. |
| Estereotipos de género | Generalizaciones simplistas de los atributos de género; las diferencias y los roles de las mujeres y los hombres se usan para justificar la discriminación de género y pueden reflejarse y reforzarse con teorías tradicionales y modernas, leyes y prácticas institucionales. |
| Género | Construcción cultural, social e histórica que, sobre la base biológica del sexo, determina valorativamente lo masculino y lo femenino en la sociedad, y las identidades subjetivas colectivas. También condiciona la valoración social asimétrica para hombres y mujeres y la relación de poder que entre ellos se establece. |
| Igualdad de género | Situación en la cual las mujeres y los hombres acceden con las mismas posibilidades y oportunidades al uso, control y beneficio de bienes, servicios y recursos de la sociedad, así como a la toma de decisiones en todos los ámbitos de la vida social, económica, política, saludable, cultural y familiar. |
| Igualdad sustantiva | Acceso al mismo trato y oportunidades para el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales. |
| Indicadores de género | Medidas numéricas o valores cuya función es la de señalar las desigualdades y brechas entre mujeres y hombres. Son medidas específicas que muestran los cambios en la condición y posición social de las mujeres y los hombres en un contexto y periodo dados. Su utilidad se basa en la capacidad de reflejar tanto la situación relativa de mujeres y hombres como los cambios de las brechas en distintos periodos. |
| Interseccionalidad | Categoría de análisis para referirse a los componentes que confluyen en un mismo caso, dando lugar a la multiplicación de desventajas y discriminaciones. Este enfoque permite contemplar los problemas desde una perspectiva integral. |
| Obesidad | Enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un índice de masa corporal igual o mayor de 30 kg/m ² . |

| | |
|---|--|
| Perspectiva de género | Metodología y mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género. |
| Población desocupada | Personas de 15 años o más que en la semana de referencia buscaron trabajo porque no estaban vinculadas a una actividad económica o trabajo. |
| Población Económicamente Activa | Personas de 15 años o más años que tuvieron vínculo con la actividad económica o que lo buscaron en la semana de referencia, por lo que se encontraban ocupadas o desocupadas. |
| Población No Económicamente Activa | Personas de 15 años o más que en la semana de referencia únicamente realizaron actividades no económicas y no buscaron trabajo. |
| Población ocupada | Personas de 15 años o más que en la semana de referencia realizaron alguna actividad económica durante al menos una hora. Incluye a los ocupados que tenían trabajo, pero no lo desempeñaron temporalmente por alguna razón, sin que por ello perdieran el vínculo laboral con este, así como a quienes ayudaron en alguna actividad económica sin recibir un sueldo o salario. |
| Programas federales de desarrollo social | Programas presupuestarios de modalidad "S-Programas sujetos a reglas de operación" y "U-Otros Programas de Subsidios" implementados por dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, alineados con alguno de los derechos sociales o con la dimensión de bienestar económico, señalados en los artículos 6º, 11, 14 y 36 de la Ley General de Desarrollo Social y que se incluyen en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social. |
| Roles de género | Normas sociales y de conducta que, en una cultura específica, tienen amplia aceptación como socialmente apropiadas para las personas de un sexo específico. |
| Sector de actividad económica | Clasificación de la actividad a la que se dedica una unidad económica según la división del área económica que puede ser primaria (producción agropecuaria), secundaria (manufactura e industria) o terciaria (servicios). |
| Segregación ocupacional | Prueba de desigualdad que incluye una estratificación social en cuanto al poder, las cualificaciones y las ganancias. Es la asignación de tareas laborales a partir de estereotipos de género. Esta forma de desigualdad puede ser horizontal: cuando hombres y mujeres se distribuyen de manera diferenciada entre los sectores de actividad, o vertical: cuando la distribución es desigual entre mujeres y hombres en la estructura jerárquica ocupacional, y los hombres, por lo general, ocupan los puestos superiores. |
| Sobrepeso | Estado caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal igual o mayor de 25 kg/m ² y menor de 29.9 kg/m ² , y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor de 23 kg/m ² y menor de 25 kg/m ² . |
| Tasa de informalidad laboral | Porcentaje de la población ocupada que comprende la suma, sin duplicar, de los ocupados que son laboralmente vulnerables por la naturaleza de la unidad económica para la que trabajan con aquellos cuyo vínculo o dependencia laboral no es reconocido por su fuente de trabajo. |
| Tasa de desocupación | Porcentaje de la población económicamente activa que se encuentra sin trabajar, pero que está buscando trabajo. |
| Tasa de participación económica | Porcentaje que representa la población económicamente activa respecto a la de 15 o más años. |
| Tasa de subocupación | Porcentaje de la población ocupada que tiene la necesidad y disponibilidad de ofertar más tiempo de trabajo de lo que su ocupación actual le permite. |
| Trabajo doméstico no remunerado | Las actividades domésticas no remuneradas son una dimensión crítica para la generación de bienes y servicios que permiten la reproducción del hogar, de sus miembros en particular y de la sociedad en general. |
| Violencia contra las mujeres | Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause (a las mujeres) daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público. |

Siglas y acrónimos

| | |
|-------------------------|---|
| Bienestar | Secretaría de Bienestar |
| CDESC | Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales |
| CEDAW | Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer |
| CONAPO | Consejo Nacional de Población |
| CONEVAL | Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social |
| CPEUM | Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos |
| Cultura | Secretaría de Cultura |
| DESC | Derechos Económicos, Sociales y Culturales |
| ENADID | Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica |
| ENIGH | Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares |
| ENOE | Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo |
| ENOEⁿ | Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición |
| ENSANUT | Encuesta Nacional de Salud y Nutrición |
| ENUT | Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo |
| INPI | Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas |
| Insabi | Instituto de Salud para el Bienestar |
| INSP | Instituto Nacional de Salud Pública |
| IMSS | Instituto Mexicano del Seguro Social |
| IMSS-Bienestar | Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social |
| Inegi | Instituto Nacional de Estadística y Geografía |
| INMUJERES | Instituto Nacional de las Mujeres |
| ISSFAM | Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas |
| ISSSTE | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado |
| LFPEd | Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación |
| LFT | Ley Federal del Trabajo |
| LGAMVLV | Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia |
| LGDS | Ley General de Desarrollo Social |
| LGIMH | Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres |
| LGS | Ley General de Salud |

| | |
|--------------------|---|
| LOP | Lineamientos de Operación |
| LSS | Ley del Seguro Social |
| MIR | Matriz de Indicadores para Resultados |
| OCDE | Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos |
| ODS | Objetivos de Desarrollo Sostenible |
| OIT | Organización Internacional del Trabajo |
| PEA | Población Económicamente Activa |
| PEF | Presupuesto de Egresos de la Federación |
| Pémex | Petróleos Mexicanos |
| PIB | Producto Interno Bruto |
| PIDCP | Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos |
| PIDESC | Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales |
| PND | Plan Nacional de Desarrollo |
| PNDS | Política Nacional de Desarrollo Social |
| PNEA | Población No Económicamente Activa |
| PNMI | Política Nacional en Materia de Igualdad entre mujeres y hombres |
| PROIGUALDAD | Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres |
| ROP | Reglas de Operación |
| Sader | Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural |
| Salud | Secretaría de Salud |
| Sedatu | Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano |
| Semarnat | Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales |
| SEP | Secretaría de Educación Pública |
| SIDS | Sistema de Información de Derechos Sociales |
| SNS | Sistema Nacional de Salud |
| STPS | Secretaría del Trabajo y Previsión Social |

Introducción

La creciente participación de las mujeres en los ámbitos público y privado de la sociedad ha llevado a un reconocimiento del papel que desarrollan en estos. Su incorporación en el mercado laboral, los espacios decisorios y la vida pública evidencian las barreras enfrentadas para alcanzar una participación igualitaria respecto a los hombres. Estas barreras son producto de factores sociales, culturales y estructurales que crean brechas y dificultan el ejercicio efectivo de sus derechos. Por consiguiente, los instrumentos normativos que reconocen la igualdad de derechos para mujeres y hombres son una condición previa para alcanzar la igualdad de género en la práctica y su establecimiento constituye una base sólida para eliminar las prácticas que generan desigualdad.

En atención a lo anterior, el Estado mexicano ha instituido políticas y normas orientadas a mejorar las condiciones de vida de las mujeres acordes con la evidencia disponible. Sin embargo, como ya se dijo, este grupo poblacional aún enfrenta una estructura de oportunidades desigual producto de procesos sociales sistémicos que involucran normas culturales, pautas de conducta, expectativas y aspiraciones diferenciadas por razones de género que se traducen en procesos de discriminación, exclusión y desigualdades en diversos espacios. Ejemplo de ello es la distribución inequitativa del trabajo doméstico no remunerado, crianza y cuidados a otras personas, que produce brechas salariales, segregación y precariedad laboral.

Esto se manifiesta en una menor participación de las mujeres en el mercado laboral, a la par de una mayor participación en el sector informal. Lo anterior tiene implicaciones en el ejercicio de los derechos a la seguridad social y a la salud de este grupo poblacional, lo cual afecta su calidad de vida, desarrollo, autonomía y salud física, mental, sexual y reproductiva.

A ello se agrega que, en el contexto de la contingencia sanitaria ocasionada por la COVID-19, las mujeres enfrentaron diversas afectaciones al confluir, en su mayoría, tanto en empleos del sector informal como en sectores formales susceptibles de reducir su volumen de producción y su disponibilidad de empleos debido a las medidas de protección sanitaria instauradas, de modo que experimentaron, al mismo tiempo, mayores riesgos de afectación por la pérdida de empleos y el incremento de su participación en las labores de cuidado.

En este marco, la *Evaluación estratégica sobre el avance de las mujeres en el ejercicio de sus derechos* tiene el objetivo de describir las brechas existentes en el ejercicio de los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud de las mujeres e identificar aquellos elementos que podrían obstaculizar dicho ejercicio.

El presente documento consta de cuatro capítulos. En el primero se hace un recuento breve de las principales disposiciones y marcos normativos internacionales y nacionales que reconocen, promueven y protegen los derechos de las mujeres. En el segundo, la evolución de algunos indicadores da pie al análisis de las brechas que enfrentan las mujeres en el ejercicio de los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud, y se distinguen aquellas problemáticas que se intensificaron durante la pandemia por la COVID-19. En el tercero se identifica la oferta gubernamental federal vinculada a los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud de las mujeres, así como la existencia de vacíos de atención en los programas y acciones federales de desarrollo social. Por último, se recuperan hallazgos sobre el ejercicio de los derechos de las mujeres y recomendaciones dirigidas a la mejora de la política de desarrollo social para la atención de las problemáticas que ellas enfrentan.

A lo largo del documento se presenta información resultante de entrevistas realizadas a mujeres en los estados de Chiapas, Colima, Durango, Nuevo León, Puebla y Quintana Roo, efectuadas con la finalidad de tener un acercamiento directo a las problemáticas que enfrentan las mujeres y que constituyen barreras en el ejercicio de sus derechos, en específico al trabajo, a la seguridad social y a la salud, además de identificar la participación de las mujeres entrevistadas en los programas federales de desarrollo social y conocer los posibles cambios en sus contextos a partir de la pandemia por la COVID-19. Para el desarrollo de las entrevistas se contó con la colaboración del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).

Marco normativo para la promoción y protección de los derechos de las mujeres



Los derechos humanos son atributos inherentes a las personas que el Estado debe respetar, garantizar y proteger. La especificidad de las violaciones a los derechos de las mujeres por motivos de género y de los roles que se les atribuye socialmente marcan la necesidad de conferir un carácter específico a su reconocimiento y protección (García, 2010).

La igualdad de género y la no discriminación —principios básicos de la protección a los derechos humanos— son los pilares en los que se fundamentan las sociedades democráticas más justas e igualitarias. En virtud de ello, los Estados nacionales tienen la obligación de eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer mediante la incorporación de las medidas conducentes a ese fin, así como la inclusión de la perspectiva de género en sus instituciones, políticas y acciones (CDESC, 2005; OACDH, 2022), con la finalidad de asegurar que las necesidades, percepciones, intereses y prioridades de mujeres y hombres¹ tengan el mismo peso en la planeación y en la toma de decisiones (OSAGI, 2001).

Esta obligación exige que los Estados tengan una participación activa en la tarea de erradicar la discriminación por razón de género, pues incluso un trato que parezca ser neutro en cuanto al género puede tener un efecto discriminatorio hacia las mujeres si se desestiman las desigualdades preexistentes (IIDH, 2009a). En este sentido, la aplicación del enfoque de género en las políticas públicas (normas, programas, acciones, estrategias) permite identificar y anticipar las situaciones en las que se menoscaban o anulan los derechos y libertades de las mujeres. Entonces, la integración de la perspectiva de género trasciende el desarrollo de proyectos diferenciados para mujeres en los programas de trabajo o la creación de componentes para mujeres a partir de las actividades existentes; más bien requiere que se preste atención al género como parte integral y central en la elaboración tanto de políticas, investigación, desarrollo, aplicación y supervisión de normas y estándares como de planificación, aplicación y supervisión de proyectos (OSAGI, 2001).

El marco normativo que establece la igualdad de derechos para mujeres y hombres es esencial para exigir y concretar dicho objetivo en la práctica. La instauración del principio de igualdad como norma jurídica fue una importante innovación introducida por la doctrina de los derechos humanos; cabe señalar que se ha incluido en diversos instrumentos normativos internacionales y, además, constituye un objetivo aceptado por los gobiernos y los organismos internacionales en términos del deber ser (IIDH, 2009a).

Aunque la igualdad formal es insuficiente para garantizar el pleno acceso de las mujeres a sus derechos, ya que las brechas persisten incluso en países donde se instrumentaron leyes sobre igualdad de género, es uno de los primeros pasos en esa vía. A continuación, se recogen los principales instrumentos internacionales que constituyen hitos en el avance de las legislaciones en favor de las mujeres y sus derechos. Asimismo, se revisa el marco normativo nacional, en particular las normas enfocadas en eliminar las brechas que limitan el ejercicio efectivo de los derechos sociales de las mujeres, mismo que, al incorporar los compromisos internacionales suscritos por México, se propone garantizar la igualdad entre mujeres y hombres.

¹ En el presente documento se definen los sexos de mujer y hombre como la característica biológica de las personas, pero también asociados al constructo sociocultural del género y sus respectivos roles, toda vez que las fuentes de información estadística solo permiten tal desagregación binaria del sexo. No obstante, es importante reconocer la diversidad humana y producir estadísticas y análisis sobre las desventajas sociales y económicas que presentan (CONEVAL, 2021b).

Marco normativo internacional

La igualdad entre mujeres y hombres es una de las garantías fundamentales de los derechos humanos. La Carta de las Naciones Unidas, aprobada en 1945, tiene entre sus objetivos “reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana [y] en la igualdad de derechos de hombres y mujeres”. De esta forma los gobiernos concordaron en que la promoción de los derechos humanos debía ser una meta esencial de la naciente Organización de las Naciones Unidas (ONU) y que las mujeres debían ser reconocidas como plenas titulares de los mismos derechos que los hombres. Asimismo, la prohibición de la discriminación por razón de sexo, consagrada en esta Carta y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), fue un avance significativo al considerarla inadmisibles. Desde entonces, tales principios fueron desarrollados como norma internacional en diferentes tratados internacionales vinculantes (IIDH, 2009b; OACDH, 2014, 2022).

La Declaración Universal, junto con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (1966) conforman la Carta Internacional de Derechos Humanos y estructuran un andamiaje jurídico que da paso a la instauración del derecho internacional de los derechos humanos (CONEVAL, 2021b; OACDH, 2014, 2022). El PIDESC es un marco normativo que posiciona los derechos de las mujeres entre los ejes prioritarios de trabajo en la agenda del Sistema de Naciones Unidas al hacer un reconocimiento expreso, en su artículo 3º, de la igualdad de género y proporcionar un marco normativo para reivindicar y defender los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) de las mujeres (CONEVAL, 2021b; GI-ESCR y Red-DESC, 2016).

A través de las declaraciones normativas del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), órgano de expertos que supervisa la aplicación del PIDESC, se articularon normas importantes sobre los DESC tocantes a las experiencias de las mujeres. En su Observación General No. 16, en el año 2005 el Comité apunta a la igualdad sustantiva entre hombres y mujeres y subraya que es deber del Estado “tener en cuenta que las leyes, los principios y la práctica pueden dejar a un lado la desigualdad entre hombres y mujeres o incluso perpetuarla, si no tienen en cuenta las desigualdades económicas, sociales y culturales existentes, en especial las que sufren las mujeres” (CDESC, 2005, p. 4).

El CDESC expresa la necesidad de considerar que las múltiples formas de discriminación suelen combinarse y agravar la situación de desventaja de las mujeres; por eso insta a aplicar medidas especiales provisionales que sitúen a las personas o grupos de personas desfavorecidas o marginadas al mismo nivel sustantivo que los demás. En ese documento también se rectifican las obligaciones de los Estados de respetar, proteger y cumplir con la igualdad de derechos de mujeres y hombres al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales.

Por otro lado, las cuatro Conferencias Mundiales sobre la Mujer, efectuadas en 1975, 1980, 1985 y 1995, contribuyeron de forma sustancial a promover la agenda de género, configurándose como acciones a cargo del Sistema de Naciones Unidas a favor de los derechos de las mujeres (CONEVAL,

2021b). Durante la primera, celebrada en Ciudad de México en 1975, se adoptó un Plan de Acción que tuvo como resultado la proclamación del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1975-1985). Esta conferencia fue un primer paso en la evolución de los derechos humanos de las mujeres al reconocer un conjunto de derechos que luego serían plasmados en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) (IIDH, 2009b). Sin embargo, no se discutió cómo se implementarían tales derechos, cómo se enfrentarían las violaciones a estos ni cuáles eran sus causas, para así identificar políticas correctivas.

La Segunda Conferencia Mundial sobre la Mujer, llevada a cabo en Copenhague en 1980, se propuso evaluar los avances a mitad del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer; con base en ello se aprobó el *Plan de acción mundial para la aplicación de los objetivos del Año Internacional de la Mujer*, donde se indicó que la educación, el trabajo y la salud eran las tres esferas que requerían contar con medidas para la igualdad, el desarrollo y la paz. La importancia de esta conferencia radica en su énfasis en la igualdad más allá de su establecimiento en las leyes; fue en este espacio donde se llamó a los gobiernos a informar a las mujeres sobre sus derechos y cómo usarlos, y se comenzó a discutir el tema de la violencia contra la mujer (IIDH, 2009b; ONU, s.f.-a).

Para concluir el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, en 1985 se celebró la tercera conferencia, realizada en Nairobi; en ella se aprobaron las *Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer*, que proporciona líneas de acción para que los Estados promuevan el reconocimiento social del papel de las mujeres y el ejercicio de sus derechos humanos. Este documento reconoce el cumplimiento solo parcial de los objetivos establecidos al principio del *Decenio* y hace un llamado a las mujeres a ejercer efectivamente sus derechos en asuntos concernientes a los intereses de la población (IIDH, 2009b).

El objetivo de la cuarta conferencia, que tuvo lugar en Beijing en 1995, fue la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres, en cualquier parte. Esta edición marca un punto de inflexión para la agenda mundial de la igualdad de género, pues fue la conferencia que planteó de manera más explícita temas desde el enfoque de género y de derechos humanos (IIDH, 2009b; ONU Mujeres, 2014). Como resultado de la conferencia de Beijing se formuló la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing,² adoptada de forma unánime por los representantes de 189 gobiernos, que determinan la hoja de ruta y el marco de políticas internacionales más progresista y exhaustivo para la acción y orientación hacia la garantía de la igualdad de género (CONEVAL, 2021b; ONU Mujeres, 2014).

En esta conferencia se acordó que los Estados harían reuniones quinquenales para realizar revisiones comprensivas del avance de los compromisos adoptados a partir de los informes que entregara cada país. En 2020 el Estado mexicano rindió su evaluación, la cual consistió en explicar los retos tanto para el diseño de mejores políticas públicas y programas para alcanzar la igualdad entre muje-

² La Plataforma de Acción abarca 12 esferas cruciales: 1) pobreza; 2) educación y capacitación; 3) salud; 4) violencia contra la mujer; 5) conflictos armados; 6) economía; 7) ejercicio del poder y adopción de decisiones; 8) mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer; 9) derechos humanos; 10) medios de difusión; 11) medio ambiente, y 12) la niña (se refiere a las medidas específicas que deben adoptar los gobiernos para eliminar las prácticas que atentan contra los derechos de dicha población, como son: el matrimonio precoz, la maternidad a edades muy tempranas, la explotación sexual, las labores domésticas pesadas y la discriminación en el acceso a la nutrición, entre otros). Para cada esfera se identificaron objetivos estratégicos y una serie de medidas relacionadas que los gobiernos y otras partes interesadas deben llevar a cabo.

res y hombres como para la transversalización de la perspectiva de género, al igual que destaca el desafío que implica generar información estadística desagregada para conocer la situación de los grupos más vulnerables, por un lado, y la importancia de la inversión pública para lograr la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, por el otro (CONEVAL, 2021b).

Estas cuatro Conferencias Mundiales sobre la Mujer colocaron la causa de la igualdad de género en el centro de la agenda mundial al unir a la comunidad internacional en torno a objetivos comunes y fueron precursores de otros instrumentos internacionales de protección de derechos de las mujeres y de planes de acción eficaces para el adelanto de su situación, como es el caso de la CEDAW.

La CEDAW, aprobada en 1979, es reconocida como la Carta Internacional de los Derechos de las Mujeres por ser el instrumento internacional vinculante más amplio y progresista sobre los derechos de las mujeres y las niñas. Fue el primer mecanismo de alcance mundial que reconoció que los patrones socioculturales son factores susceptibles de afectar el ejercicio de los derechos de las mujeres y apunta a la obligación de los Estados de modificarlos para asegurar la eliminación de prejuicios y prácticas basados en la idea de inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos (Tamés, 2010). Otro de sus cometidos es lograr la igualdad de resultados al poner especial atención a la intersección entre la discriminación basada en el género con otras condiciones como la etnia, edad, estatus socioeconómico, estatus migratorio, nacionalidad y condición de discapacidad, entre otras (IIDH, 2009b; INMUJERES y ONU Mujeres, 2018).

En 1981 México suscribió la CEDAW y en 2002 ratificó su Protocolo Facultativo. Desde entonces, el Estado mexicano presenta informes periódicos sobre el progreso de los compromisos adquiridos. Al respecto, dicha Convención acepta que México concretó avances importantes para proteger y promover los derechos de las mujeres y las niñas, pero también identifica que su plena y efectiva implementación es una tarea pendiente (ONU Mujeres, 2016b).

En la agenda de género en América Latina y el Caribe igualmente ha habido progresos relativos a la protección de los derechos de las mujeres, como los recogidos en la Convención Belém Do Pará (1994), desarrollada por los órganos de protección de derechos humanos del Sistema Interamericano y primer instrumento de naturaleza vinculante que se centra en el tema de la violencia contra las mujeres (García, 2010), que esta Convención describió como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito de lo público como en el privado”, y la calificó como una violación a los derechos humanos atendible y sancionable. En ese sentido, la Convención se plantea el objetivo de erradicar todo tipo de violencia contra las mujeres en todas sus expresiones mediante la instauración de acciones específicas para prevenirla, sancionarla y eliminarla (CONEVAL, 2021b). De esta manera, los Estados aceptan su responsabilidad sobre la violencia de toda índole que sufren las mujeres en cualquier ámbito de la vida.

Por último, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada en 2015, es una estrategia de la ONU que busca ser una hoja de ruta hacia un progreso sostenible y, con ese objeto, establecen 17

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a ser alcanzados en 2030. En esta Agenda se reconoce la centralidad de la igualdad de género, los derechos de las mujeres y su empoderamiento en el desarrollo sostenible al incluirlos de manera transversal en cada objetivo. El enfoque en el que se basa la Agenda es en el de los derechos humanos y su principio: "no dejar a nadie atrás" surgió ante la importancia de reducir la desigualdad como prioridad del nuevo marco de desarrollo.

En concordancia con esta visión, el desarrollo sostenible no se puede concretar si persiste la desigualdad de género. En consecuencia, el Objetivo 5 de los ODS plantea lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas, y entre sus metas está:

Acabar con todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas; eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas, incluidas las prácticas nocivas para el control de su sexualidad; promover la responsabilidad compartida en el hogar y la familia; crear servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social para el trabajo doméstico no remunerado; crear igualdad de oportunidades en los niveles de decisión en las esferas política, económica y pública; asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y a los derechos reproductivos; generar igualdad de derechos a recursos económicos y naturales; aumentar el uso de las tecnologías de la información, y reformar la normatividad correspondiente para el logro de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ONU, s.f.-b).

Así se plasmaron los derechos de las mujeres y niñas en la Agenda 2030; de igual forma, la transversalización de la perspectiva de género en los ODS se encuentra en los medios de implementación, seguimiento y revisión, a la par de las acciones globales para su financiación. La adopción de esta Agenda por parte de los Estados va de la mano con el cumplimiento pleno y efectivo de otros instrumentos normativos como la CEDAW. Tal encauzamiento de la agenda de género permite alcanzar avances sustanciales en la implementación de la igualdad en la práctica (ONU Mujeres, 2016b).

Ha sido arduo el camino para llegar al reconocimiento de los derechos de las mujeres y a su integración en los diversos instrumentos internacionales. México ha mostrado disposición de incluir estos compromisos internacionales en su agenda nacional. La adopción de mecanismos internacionales y regionales declarativos, las ratificaciones de instrumentos vinculantes como el PIDESC, la CEDAW y la Convención de Belém do Pará y la realización de la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer ejemplifican este empeño.

La participación del país en este marco internacional produjo avances en la normativa nacional relativa a la igualdad de género y la no discriminación, sobre todo a los derechos al trabajo, la seguridad social y la salud, como se verá a continuación.

Marco normativo nacional

Desde 1974 México ha buscado el desarrollo de un marco jurídico sólido en materia de derechos humanos de las mujeres. El esfuerzo legislativo para integrar los avances internacionales a los ordenamientos

internos incluye la reforma a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) destaca la reforma al artículo 1º para agregar el principio de no discriminación, que comprende toda discriminación motivada por el género, y al artículo 4º para reconocer la igualdad formal entre mujeres y hombres. Al respecto, el artículo 1º de la CPEUM estipula que "... todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse..."

Como norma fundamental y de máxima jerarquía que rige el país, los principios establecidos en la CPEUM han dado paso a diversas reformas en materia de género y a la creación de normas cuyo propósito gira en torno a la protección de la vida e integridad de las mujeres, la no discriminación y la igualdad de género. Entre los instrumentos que constituyen el marco jurídico mexicano que tienen ese propósito en común destacan la Ley Federal para Prevenir y Erradicar la Discriminación (LFPED), la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (LGIMH) y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) (CONEVAL, 2021b) (cuadro 1).

Cuadro 1. Leyes en materia de género en México

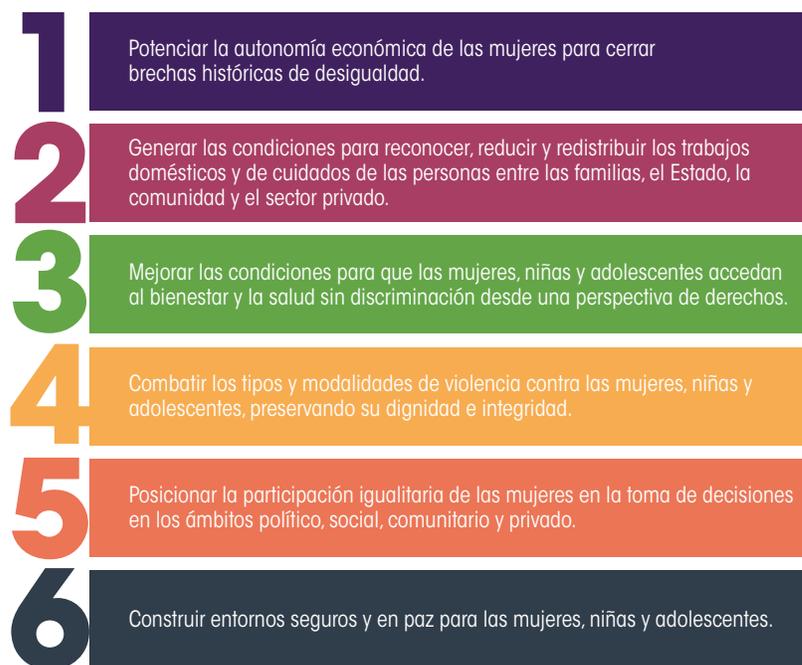
| Ley | Descripción |
|--|--|
| Ley Federal para Prevenir y Erradicar la Discriminación | <p>Publicada en 2003 para "prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona en los términos del artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como promover la igualdad de oportunidades y de trato" (DOF, 2003).</p> <p>Los tipos de discriminación que se propone erradicar son la discriminación por sexo y por género, entre otros. Con ese fin determina medidas de nivelación, inclusión y acciones afirmativas que garanticen la igualdad de oportunidades. Mediante esta ley se crea el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred), con atribuciones en materia de prevención y eliminación de esta.</p> |
| Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres | <p>Publicada en 2006, es producto de la observancia de los tratados internacionales suscritos por México (CONEVAL, 2021b); tiene por objeto "regular y garantizar la igualdad de oportunidades y de trato entre mujeres y hombres, proponer los lineamientos y mecanismos institucionales que orienten a la Nación hacia el cumplimiento de la igualdad sustantiva en los ámbitos público y privado, promover el empoderamiento de las mujeres y la lucha contra toda discriminación basada en el sexo" (DOF, 2006b).</p> <p>Esta normativa señala la obligatoriedad de transversalizar los programas y las políticas que aseguren una planeación presupuestal apegada a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres, que promueva el acceso a los derechos sociales y a eliminar estereotipos de género (INMUJERES, 2010).</p> <p>En ella se estipula la elaboración de la Política Nacional en Materia de Igualdad entre mujeres y hombres (PNMI), a cargo del Gobierno federal, la cual deberá establecer las acciones conducentes para lograr la igualdad sustantiva en el ámbito económico, político, saludable, social y cultural (DOF, 2006b); dispone la creación de tres instrumentos: el Sistema Nacional para la Igualdad, el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (PROIGUALDAD) y el mecanismo de la observancia en el seguimiento, evaluación y monitoreo de la PNMI a cargo de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) (DOF, 2006b). De esta forma se definen las nociones de acciones afirmativas y de transversalidad como instrumentos estratégicos de las políticas de igualdad de género (INMUJERES, 2007b).</p> |
| Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia | <p>Promulgada en 2007, establece lineamientos jurídicos y administrativos con los cuales el Estado intervendrá para garantizar y proteger los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia (INMUJERES, 2007a); indica la coordinación entre los tres órdenes de gobierno para "prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación [...]" (DOF, 2007).</p> <p>Esta legislación establece que la violencia no necesariamente produce lesiones físicas, de modo que por primera vez se incluye la violencia psicológica, física, económica, patrimonial y sexual (INMUJERES, 2015b). Destaca también la coordinación para integrar y poner en funcionamiento el Sistema Nacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres, comprometido en "la conjunción de esfuerzos, instrumentos, políticas, servicios y acciones interinstitucionales para la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres" (DOF, 2007), además de formular los objetivos y acciones del Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (PIPASEVM).</p> |

Fuente: elaboración del CONEVAL.

Por su parte, en la Ley de Planeación, la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, así como en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación, la política pública y todos los programas de la Administración Pública Federal (APF) incorporan la perspectiva de género en cada una de las etapas: planeación, diseño, elaboración, aplicación, seguimiento y evaluación de resultados. El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024, por su parte, establece como su Eje Transversal 1 la igualdad de género, la no discriminación y la inclusión.

En este marco de objetivos y estrategias prioritarias dirigido a impulsar la construcción institucional para promover la igualdad entre mujeres y hombres, así como transversalizar la perspectiva de género en la APF, se establece el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (PROIGUALDAD) 2020-2024, que define los objetivos y metas de la estrategia del Gobierno federal para garantizar el acceso de las mujeres a la justicia y a la seguridad, fortalecer sus capacidades para ampliar sus oportunidades y potenciar su agencia económica (figura 1).

Figura 1. Objetivos prioritarios del Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2020-2024



Fuente: elaboración del CONEVAL con base en el PROIGUALDAD 2020-2024 (DOF, 2020b).

En este sentido, este programa se orienta a propiciar condiciones para avanzar en la igualdad sustantiva y la no discriminación de las mujeres y las niñas (DOF, 2020b). Al incorporar en el PROIGUALDAD las atribuciones que emanan de la LGIMH y la LGAMVLV se crea una plataforma para transversalizar la perspectiva de género en las políticas públicas mediante objetivos estratégicos y metas que se alinean también con el PND y con los compromisos internacionales suscritos por México (INMUJERES, 2010).

Este andamiaje normativo converge con miras a garantizar el ejercicio efectivo de los derechos de las mujeres, entre ellos, sus derechos sociales. En este sentido, el artículo 11 de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS) menciona que la Política Nacional de Desarrollo Social (PNDS) tiene entre sus objetivos propiciar las condiciones que aseguren el disfrute de los derechos sociales, individuales o colectivos; garantizar el acceso a los programas de desarrollo social y la igualdad de oportunidades, así como la superación de la discriminación y la exclusión social; promover el desarrollo económico con sentido social; fortalecer el desarrollo regional equilibrado; garantizar formas de participación social, y promover el desarrollo sostenible y sustentable en el ejercicio de los derechos sociales. De igual manera, en su artículo 3 señala que la política de desarrollo social está sujeta a 11 principios, entre estos el principio de perspectiva de género, definido como:

... una visión científica, analítica y política sobre las mujeres y los hombres que se propone eliminar las causas de la opresión de género, como la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas basada en el género; que se plantea la equidad de género en el diseño y ejecución de las políticas públicas de desarrollo social ... (DOF, 2004).

Sumado a lo anterior, el artículo 6 de la LGDS afirma que:

son derechos para el desarrollo social la educación, la salud, la alimentación nutritiva y de calidad, la vivienda digna y decorosa, el disfrute de un medio ambiente sano, el trabajo y la seguridad social y los relativos a la no discriminación en los términos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (DOF, 2004).

Si bien el Estado mexicano ha establecido diversas normas encaminadas al disfrute pleno de los derechos sociales, por los alcances de la presente evaluación se analizarán únicamente los derechos al trabajo, la seguridad social y la salud, debido a que existen problemáticas vinculadas a las dimensiones de estos derechos que afectan particularmente a las mujeres, mismas que la pandemia por la COVID-19 agravó, con la consecuente ampliación de las brechas de género.

En México, una reglamentación articulada en las leyes secundarias sienta las bases y modalidades para el ejercicio de los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud. En materia del derecho al trabajo, la Ley Federal del Trabajo (LFT) y la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado (LFTSE) constituyen las normativas que rigen las relaciones laborales de acuerdo con el artículo 123 de la CPEUM.³ En su artículo 3, la LFT establece que el trabajo es un derecho y un deber social; prohíbe condiciones que impliquen discriminación entre la población trabajadora por motivo de género, y tutela la igualdad sustantiva de las personas trabajadoras frente al patrón al explicitar que esta se logra:

³ Mientras la LFT rige las relaciones de todo contrato de trabajo de acuerdo con el Apartado A del artículo 123 de la CPEUM, la LFTSE determina las relaciones entre los Poderes de la Unión y su personal con base en el Apartado B del mismo artículo.

... eliminando la discriminación contra las mujeres que menoscaba o anula el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos humanos y las libertades fundamentales en el ámbito laboral. Supone el acceso a las mismas oportunidades, considerando las diferencias biológicas, sociales y culturales de mujeres y hombres (artículo 2, LFT).

Concerniente al derecho a la seguridad social, el artículo 123 de la CPEUM lo contempla para las personas trabajadoras de los sectores público y privado, así como para las fuerzas armadas (CONVAL, 2018c). En él se menciona que es de utilidad pública la Ley del Seguro Social (LSS) y establece las coberturas sociales mínimas que deben otorgarse a las personas trabajadoras y sus familias. La organización y administración del Seguro Social⁴ están reglamentadas por diferentes leyes secundarias que rigen a las instituciones del sistema contributivo de acuerdo con el sector al que pertenezcan las personas trabajadoras. Por un lado, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (LISSSTE) se aplica a las y los trabajadores del sector público en términos de su artículo 1, mientras que la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas se aplica a las personas que laboran en esa institución. Por otro lado, bajo la LSS concurren los sectores público, social y privado de acuerdo con su artículo 5.

Por otra parte, la Ley General de Salud (LGS) regula el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en términos del artículo 4° de la CPEUM. En esta ley se sientan las bases para el acceso a los servicios de salud, se distribuyen las competencias y se señalan los casos de concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Así mismo, establece que la coordinación del Sistema Nacional de Salud debe “promover e incorporar enfoques con perspectiva de género a las estrategias, campañas de información, y demás programas en el marco de sus atribuciones para contribuir a la igualdad entre mujeres y hombres en el acceso al derecho a la protección de la salud. Se incluyen neoplasias que afectan la salud sexual y reproductiva del hombre y de la mujer” (artículo 7, fracción XIV Bis., LGS).

Principales cambios normativos en materia de derechos sociales de las mujeres

El Estado mexicano ha logrado avances en la defensa y promoción de los derechos de las mujeres mediante transformaciones de carácter legal. A continuación, se presentan por tema los principales cambios normativos correspondientes a los derechos sociales de las mujeres, en particular los derechos al trabajo, la seguridad social y la salud.

Trabajo doméstico remunerado

Reconocer el trabajo doméstico remunerado ha resultado necesario para garantizar los derechos de las personas que lo realizan, población compuesta en su mayoría por mujeres en condiciones de informalidad y que suelen estar expuestas a condiciones ajenas al concepto de trabajo digno. En el proceso para generar las condiciones que permitan proteger los derechos de este grupo vulnerable en el ámbito laboral, un cambio sustancial fue el fallo que en 2018 emitió la Suprema Corte

⁴ El artículo 4 de la LSS estipula que “el Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional en los términos de esta Ley, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos”.

de Justicia de la Nación (SCJN) a favor de las personas trabajadoras del hogar, al declarar inconstitucional la exclusión de este grupo del Régimen Obligatorio del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por constituir un acto discriminatorio (Picado, 2020). Esta sentencia instruyó al IMSS a crear un programa piloto a cargo de diseñar y ejecutar un régimen especial de seguridad social para las personas trabajadoras del hogar, el cual entró en operación en 2019 (SCJN, 2018).

En paralelo a la ejecución de esta prueba piloto, la reforma a la LFT y la LSS de 2019 identifica en términos jurídicos a las personas trabajadoras del hogar al incorporar la definición del trabajo doméstico remunerado y se establecen medidas para regular esta ocupación y las prestaciones a las que tienen derecho (DOF, 2019b). En adición, se deroga el inciso II del artículo 13 de la LSS, el cual señalaba que las trabajadoras del hogar podían ser afiliadas voluntariamente al régimen obligatorio del IMSS (Picado, 2020). Ese mismo año el Senado ratificó el Convenio 189 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), un conjunto de principios y derechos fundamentales a favor de las personas trabajadoras domésticas. En esa misma línea, en 2022 se aprueban las reformas a la Ley del IMSS para incorporar la figura de personas trabajadoras del hogar y las obligaciones de sus empleadores (DOF, 2022b).

Políticas de apoyo a la lactancia materna para mujeres trabajadoras

Una prestación asociada con la atención materno-infantil y la garantía de los derechos de las madres trabajadoras son las medidas que facilitan a las mujeres en lactancia continuar amamantando. En 2014 se reforma la LGS para promover la instalación y funcionamiento de lactarios en los centros de trabajo de los sectores público y privado (DOF, 2014); en fechas recientes se impulsaron asimismo iniciativas para ampliar el periodo de lactancia que en la actualidad es de seis meses según la LFT (Senado de la República, 2023). Estas acciones protegen la salud tanto de la madre como del neonato y configuran un derecho instrumental de las mujeres para acceder y disfrutar del derecho a un empleo digno, ya que la falta de un entorno laboral que apoye la lactancia materna es una de las principales barreras para el inicio y la continuación de esta, lo que evidencia cierta incompatibilidad de funciones entre la lactancia y el empleo (Dagher *et al.*, 2016; Noble y ALSPAC Study Team, 2001). Así, las políticas que faciliten la lactancia materna tendrían varios beneficios: potenciar la permanencia de las trabajadoras, reducir las barreras relacionadas con el lugar de trabajo y promover la continuación de la lactancia materna (Dagher *et al.*, 2016; IPC-IG y UNICEF, 2020).

Guarderías

Con el objetivo de reconocer que la responsabilidad de los cuidados corresponde a padres y madres, en 2020 se reforma la LSS para que todas las personas trabajadoras sin importar su sexo tuvieran acceso a las guarderías del IMSS durante el periodo que cubre su jornada de trabajo. De esta forma se aceptó que el servicio de guardería era restrictivo al otorgar esta prestación solo a las mujeres y que no favorecía la corresponsabilidad de los padres; por lo tanto, el acceso de los padres trabajadores al servicio de guarderías constituye un avance hacia la redistribución de las tareas de cuidados en los hogares (Senado de la República, 2020).

Cuidados de personas menores de edad

La reforma a la LSS, la LISSSTE y la LFT de 2019 otorga a las madres y padres de menores de hasta 16 años el goce de una licencia por cuidados médicos para ausentarse de sus labores en caso de que la niña, niño o adolescente diagnosticado requiera de descanso médico en los periodos críticos de tratamiento o de hospitalización (DOF, 2019a). Esta medida tuvo en cuenta que las tareas de cuidados a personas con alguna enfermedad pueden afectar la permanencia en el mercado laboral de las personas cuidadoras. Ya que las mujeres suelen ser las encargadas de las tareas de cuidado de las personas dependientes, estas prestaciones son indispensables para fomentar su permanencia en el trabajo, aunque no siempre implican un alivio de la doble jornada que se les asigna.

Teletrabajo

Las repercusiones de la emergencia sanitaria condicionaron las nuevas modalidades de trabajo para las mujeres que pudieron transitar al teletrabajo. El espacio laboral se convirtió en un escenario intervenido por nuevas demandas y exigencias que agudizaron las diferencias de género respecto a conciliar el trabajo con la familia (Pacheco, Rivas y Martínez, 2022). En este contexto, la reforma a la LFT en materia de teletrabajo constituyó un avance en el derecho de las mujeres al adoptar una perspectiva de género a fin de poder empatar la vida personal y la disponibilidad de las personas trabajadoras sujetas a esa modalidad laboral (DOF, 2021). Este cambio visibilizó la situación de las mujeres trabajadoras dado el incremento de las cargas de trabajo de cuidados por el cierre de escuelas, estancias infantiles, etcétera.

Pese a que esta disposición buscaba aportar un mejor equilibrio entre la vida laboral y familiar, los roles de género cobraron mayor fuerza en una situación de excepcionalidad como la pandemia. Sin embargo, reformas como esta constituyen un primer paso hacia la concientización de la desigual repartición de las labores domésticas y de cuidados al interior de los hogares y sus efectos en el uso del tiempo de las mujeres. Cuando se normalizaron las actividades cotidianas por el regreso presencial a los espacios educativos y de trabajo, la normativa que destaca la necesidad de conciliar la vida laboral con la familiar de las mujeres es un avance hacia un sistema que vele por las personas que dan y reciben cuidados; en particular de las mujeres quienes son las que asumen el mayor costo por los roles asignados y la ausencia de programas y servicios de cuidado (CEEY, 2022).

Así también, la Norma Oficial Mexicana NOM-037 de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STPS) determina como obligación del patrón contar con mecanismos de atención para casos de violencia familiar que contemplen, entre otras cosas, el retorno a la modalidad presencial de manera temporal o permanente. Estos avances, aun cuando son de carácter normativo, reflejan progresos en materia regulatoria para atender las problemáticas de las mujeres para el ejercicio efectivo de sus derechos.

Reformas en el acceso a la salud

El acceso de las mujeres a los servicios de salud depende de su condición de derechohabiente. En 2019, la reforma de la LGS y la Ley de los Institutos Nacionales de Salud dio paso a la desaparición de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, a cargo de la operación del Seguro Popular (SP), y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), ahora responsable de coordinar

a los diferentes actores involucrados y otorgar servicios médicos a la población no derechohabiente (CONEVAL, 2022e).

En 2022 se crean los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar), organismo público descentralizado cuyo propósito es proporcionar atención integral médica y hospitalaria con medicamentos y demás insumos asociados de forma gratuita a las personas sin afiliación a las instituciones de seguridad social (DOF, 2022a). Por consiguiente, el Gobierno federal cambia de estrategia y establece que los esfuerzos de salud se realicen a través de este organismo en las entidades federativas que lo adopten libremente (CONEVAL, 2022e).

Al año siguiente, 2023, se reforma la LGS para integrar las funciones del Insabi al IMSS-Bienestar. Entonces, en el marco de la regulación del Sistema de Salud para el Bienestar, se instaura la colaboración del IMSS-Bienestar con la Secretaría de Salud en lo que respecta a la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social (DOF, 2023).

Las transformaciones normativas del sistema de salud mexicano se propusieron promover el acceso a la salud para aquellas personas que no son población derechohabiente por estar fuera del mercado laboral o encontrarse en la informalidad, fenómenos que afectan más a las mujeres. A pesar de los esfuerzos por construir un sistema de salud universal y unificado, tales reconfiguraciones institucionales han enfrentado retos importantes en términos presupuestales y de gestión que propician un sistema de salud debilitado por los cambios (Torre, 2022). En el marco de la integración del Insabi al IMSS-Bienestar se evidenciaron necesidades detectadas antes en el proceso de transición del SP al Insabi, entre ellas sobresale el fomento al conocimiento pleno sobre el funcionamiento y disponibilidad de los servicios de salud pública enfocados en la población en mayor situación de vulnerabilidad (CONEVAL, 2022e).

Perspectiva de género en los servicios de salud

La perspectiva de género en el área de la salud visibiliza las desigualdades en el ejercicio de este derecho, pues considera las necesidades específicas de cada sexo y su relación con otros determinantes sociales. En el caso de las mujeres esta perspectiva pone de manifiesto los efectos negativos de las cargas de trabajo doméstico no remunerado y de cuidados; en el caso de los hombres, identifica los estereotipos de género y las condiciones socioculturales basadas en el sistema tradicional de género que los permean para no atender su salud y colocarse en situaciones de riesgo (Salud, 2014).

En ese sentido, en 2022 se reforma la LGS para establecer la promoción y la incorporación de los enfoques con perspectiva de género a las estrategias, campañas de información y demás programas en el marco de sus atribuciones para contribuir a la igualdad entre mujeres y hombres en el acceso al derecho a la protección de la salud (DOF, 2022c).

Sistema Nacional de Cuidados

En noviembre de 2020 la Cámara de Diputados aprobó elevar a rango constitucional el derecho a recibir cuidado y a proporcionarlo, a través de un dictamen que reforma los artículos 4° y 73 de la CPEUM en materia del Sistema Nacional de Cuidados:

... En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio de interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento, así como a los servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral infantil ... (artículo 4°, CPEUM).

... Toda persona tiene derecho al cuidado digno que sustente su vida y le otorgue los elementos materiales y simbólicos para vivir en sociedad a lo largo de su vida, así como a cuidar. El Estado garantizará el derecho al cuidado digno con base en el principio de corresponsabilidad entre mujeres y hombres, las familias, la comunidad, el mercado y el propio Estado en las actividades de cuidado, así como la libertad que tienen las personas para decidir si adquieren o no como obligación el cuidar a quien lo requiera [...]. Para garantizar el derecho al cuidado digno se implementará el sistema nacional de cuidados [...] (artículo 73, CPEUM) (Cámara de Diputados, 2020).

En la actualidad se discute en el Senado la Ley General del Sistema Nacional de Cuidados,⁵ la cual reconoce que la desigualdad en las labores de cuidados genera y perpetúa las desigualdades económica y de género porque impide a las mujeres acceder a servicios de educación y salud, empleo digno y suficiente, aparte de limitar su participación política, el desarrollo de contextos libres de violencia y la obtención de medios y bienes que les permitan construir y disfrutar de vidas plenas y satisfactorias. Por ello, el objetivo del Sistema Nacional de Cuidados es la distribución de los trabajos de cuidados de manera corresponsable entre el Estado, el sector empresarial, la sociedad civil, las comunidades, las familias y entre mujeres y hombres (Senado de la República, 2021).

Como se observa, México ha hecho un esfuerzo importante para incluir el principio de igualdad y no discriminación en los marcos normativos nacionales, comprometiéndose en la defensa y protección de los derechos de las mujeres en el ámbito internacional. Aunque es notable el impulso que se da a la promoción de leyes que favorezcan el ejercicio de los derechos de las mujeres, aún quedan retos para lograr la igualdad sustantiva. Como se verá en el siguiente capítulo, el avance de las mujeres en el ejercicio de sus derechos es limitado y las brechas entre mujeres y hombres persisten, indicador de la necesidad de alcanzar una igualdad en la práctica.

⁵ Disponible para su consulta en: https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/65/1/2021-11-30-1/assets/documentos/Iniciativa_Morena_Sen.Micher-LGSNC.pdf

Estado actual del ejercicio de los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud de las mujeres



Algunos grupos padecen una afectación sistemática para el ejercicio de sus derechos ante la prevalencia de dificultades o menores niveles de bienestar respecto al promedio de la población. Las mujeres, por ejemplo, como grupo históricamente discriminado, aunque son población prioritaria en un importante conjunto de políticas de desarrollo social en México, aún presentan desventajas en el acceso a sus derechos (CONEVAL, 2021a).

La persistencia de las brechas de desigualdad de género son producto de factores que favorecen la discriminación estructural a través de prácticas que contribuyen a generar, reproducir y profundizar la desigualdad socioeconómica y limitan el ejercicio de los derechos; dichas prácticas son un mecanismo de multiplicación y acumulación de desventajas (Solís, 2017). Estos elementos permean de múltiples formas la realidad que viven las mujeres y conllevan la reproducción de mecanismos de discriminación en ámbitos como el trabajo, la salud, la educación, la participación y la toma de decisiones; vulneran su autonomía; dificultan su participación en la vida política, social y económica; limitan el pleno desarrollo de sus capacidades; afianzan su dependencia económica; restringen sus oportunidades laborales y, por consiguiente, su acceso a la seguridad social y a los servicios de salud.

Con base en la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2022 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), en 2022, a nivel nacional, 46.4% de las mujeres de 18 años o más opinó que en el país sus derechos se respetaban poco o nada, 19.7% declaró haber sufrido discriminación cuando buscaba empleo y 24.1% manifestó que se le negó injustificadamente la oportunidad de trabajar u obtener un ascenso.⁶ Por su parte, 48.4% de las trabajadoras del hogar remuneradas de 18 años o más expresó que su principal problemática es la falta de prestaciones laborales como seguro médico, aguinaldo, vacaciones pagadas, etcétera. En lo referente al acceso a la salud, 36.5% de las mujeres de 18 años afirmó que se le negó atención médica o medicamentos (Inegi, 2023a).

Aunado a lo anterior, se advierte que las mujeres experimentan una distribución inequitativa del trabajo doméstico no remunerado, de la crianza y de los cuidados a otras personas; acceso diferenciado al mercado laboral y a la seguridad social, además de barreras de acceso a los servicios de salud (CONEVAL, 2021a). Para abordar el tema, en este capítulo se analizan algunos de los principales indicadores que dan cuenta del progreso o retroceso en el ejercicio de los derechos sociales de las mujeres en los años recientes, en específico al trabajo, a la seguridad social y a la salud, con la finalidad de mostrar las situaciones que perpetúan la desigualdad y la discriminación de este grupo poblacional.

Al respecto, la edad, la condición socioeconómica, el origen racial o étnico, el estado de salud, la presencia de alguna discapacidad, la pobreza, la migración, entre otros, son factores que agravan o influyen en las barreras que enfrentan las mujeres para el pleno disfrute de sus derechos (OACDH, 2014). Cabe aclarar que, dado el alcance de esta evaluación y de la información estadística disponible, en este capítulo se expone principalmente una serie de desventajas que enfrentan las mujeres en relación con los hombres y, en algunos casos, con otros subgrupos poblacionales como son las

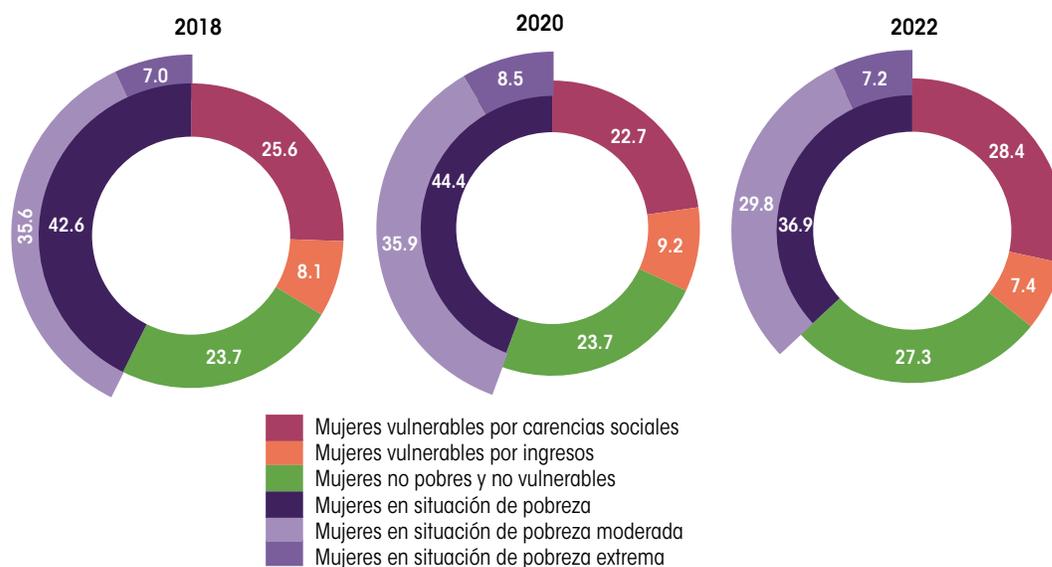
⁶ La Encuesta Nacional sobre Discriminación 2022 capta el porcentaje de población de mujeres a la que se le negó alguno de sus derechos injustificadamente en los últimos cinco años.

personas indígenas o con discapacidad; en ese sentido, queda pendiente analizar la situación de diversos subgrupos de mujeres que permanecen invisibilizados y segregados y que requieren de acciones públicas específicas que les garanticen niveles suficientes de bienestar, por ejemplo, las mujeres migrantes o en situación de calle.

Pobreza y mujeres, 2018-2022

Según la medición multidimensional de la pobreza (CONEVAL, 2023a), en 2022 había 67.1 millones de mujeres en el país, es decir, más de la mitad de la población de México (52.1%). En 2018, 42.6% de las mujeres (27.1 millones) estaba en situación de pobreza; de ellas, 7.0% estaba en pobreza extrema. De ello se desprende que 4.5 millones de mujeres carecían de un ingreso suficiente para cubrir sus necesidades alimentarias y además tenían comprometido el ejercicio de por lo menos tres derechos sociales. En 2020, la proporción de mujeres en situación de pobreza fue de 44.4% (29.1 millones), de las cuales 8.5% se ubicaba en situación de pobreza extrema. Para 2022, 36.9% de las mujeres se encontraba en situación de pobreza (24.8 millones) y 7.2% en pobreza extrema (4.8 millones) (gráfica 1).

Gráfica 1. Porcentaje de mujeres en situación de pobreza. México, 2018, 2020 y 2022



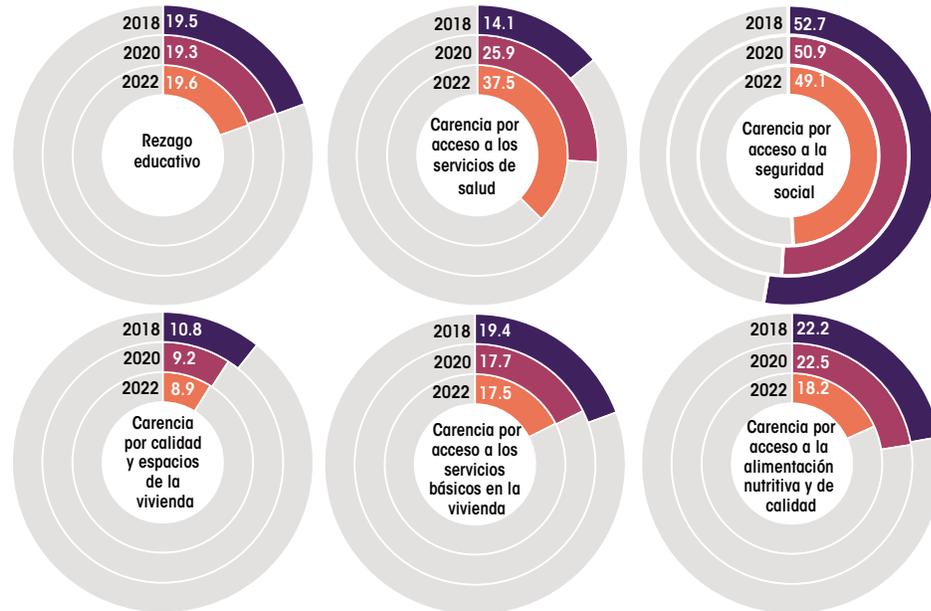
Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH reportada por el Inegi.

Cabe señalar que, en el caso de los hombres, 41.2% (24.7 millones) se hallaba en situación de pobreza en 2018; de ellos, 7.0% se situaba en pobreza extrema (4.2 millones). En 2020 la proporción de hombres en situación de pobreza fue de 43.4% (26.6 millones) y en pobreza extrema fue de 8.6% (5.2 millones). Por último, en 2022, 35.6% de los hombres estaba en situación de pobreza (22.0 millones) y, de estos, 6.9% se ubicaba en pobreza extrema (4.3 millones) (CONEVAL, 2023a).

En cuanto a las carencias sociales (gráfica 2), 33.0 millones de mujeres tenían la carencia por acceso a la seguridad social en 2022, es decir, 49.1% de este grupo poblacional. Al respecto, entre 2018 y 2022 se identificaron variaciones porcentuales: 52.7% en 2018, 50.9% en 2020 y 49.1% en 2022. Como

se observa, en todos los casos cerca de la mitad de las mujeres carece de mecanismo alguno que le permita asegurar sus medios de subsistencia ante eventualidades o circunstancias como la vejez, el embarazo o la enfermedad. Por otro lado, la incidencia de la carencia por acceso a los servicios de salud se elevó de 14.1% en 2018 a 25.9% en 2020, y en 2022 fue de 37.5% (CONEVAL, 2023a).

Gráfica 2. Porcentaje de mujeres por indicador de carencia social. México, 2018, 2020 y 2022



Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH reportada por el Inegi.

Se identifica que de 2018 a 2022 las carencias por rezago educativo, por calidad y espacios de la vivienda y por acceso a los servicios básicos en la vivienda permanecieron en niveles similares; en su caso, la carencia por acceso a la alimentación nutritiva y de calidad pasó de 22.2% en 2018 a 18.2% en 2022 (gráfica 2).

Referente a la dimensión de bienestar económico (gráfica 3), de 2018 a 2020 más de la mitad de las mujeres (50.7% en 2018, 53.6% en 2020) contaba con un ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos (LPI); en 2022, 44.4% de ellas reportaba un ingreso por debajo de la LPI. En cuanto a la línea de pobreza extrema por ingresos (LPEI), la proporción de mujeres que contaba con un ingreso inferior a esta fue de 14.2% en 2018, en 2020 pasó a 17.6%, y en 2022 fue de 12.3%; esto significó que en el último año 8.3 millones de mujeres no pudieran acceder a la canasta alimentaria aun destinando todo su ingreso a este propósito (CONEVAL, 2023a).

Gráfica 3. Porcentaje de mujeres con ingreso inferior a las líneas de pobreza por ingresos y de pobreza extrema por ingresos. México, 2018, 2020 y 2022



Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH reportada por el Inegi.

En relación con los hombres, en 2018, 49.0% contó con un ingreso inferior a la LPI y 13.8% a la LPEI; para 2020, el porcentaje tanto mujeres como hombres con un ingreso inferior a la LPI se incrementó en 2.9 puntos porcentuales (53.6% y 51.9% respectivamente); asimismo, las mujeres con ingreso inferior a la LPEI aumentó en 3.4 puntos porcentuales (17.6%) y los hombres, 3.1 (16.9%). Sin embargo, en 2022 el porcentaje de hombres con ingreso inferior a la LPI fue de 42.6% y 11.8% aquellos con ingreso inferior a la LPEI (CONEVAL, 2023a). Aun cuando hubo disminuciones para ambos grupos de la población, la brecha en el porcentaje entre mujeres y hombres con ingreso inferior a la LPI permaneció constante de 2018 a 2022 (diferencia de 1.7 puntos porcentuales), en tanto que la brecha en la LPEI de 2018 a 2020 pasó de 0.4 a 0.7 puntos porcentuales y disminuyó en 2022 a 0.5, lo que significa que en 2022 había casi un millón de mujeres más que de hombres que no pueden acceder a la canasta alimentaria.

Análisis del derecho al trabajo de las mujeres

El derecho al trabajo en México está reconocido en el artículo 123 de la CPEUM, el cual estipula que “toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social del trabajo, conforme a la ley”. Con base en ello, el CONEVAL señaló en el *Estudio diagnóstico del derecho al trabajo 2022* que:

se entiende por trabajo digno o decente aquel en el que se respeta plenamente la dignidad humana del trabajador; no existe discriminación [...]; se tiene acceso a la seguridad social y se percibe un salario remunerador; se recibe capacitación continua para el incremento de la productividad con beneficios compartidos, y se cuenta con condiciones óptimas de seguridad e higiene para prevenir riesgos de trabajo (artículo 2 de la LFT, citado en CONEVAL, 2022c).

Con base en lo anterior, en seguida se analizan diversos elementos del derecho al trabajo para dar cuenta del estado de su ejercicio por parte de las mujeres.

Evolución del ejercicio del derecho al trabajo de las mujeres

El mercado laboral tiene un papel fundamental tanto en la distribución del ingreso como en el reconocimiento y ejercicio de los derechos de hombres y mujeres (CEPAL, 2016). No obstante, en lo relativo al empleo aún son visibles las condiciones de desventaja que enfrentan las mujeres, dado que su inserción en el mercado laboral se ve restringida principalmente por estereotipos sobre su papel en la sociedad y el valor de su trabajo.

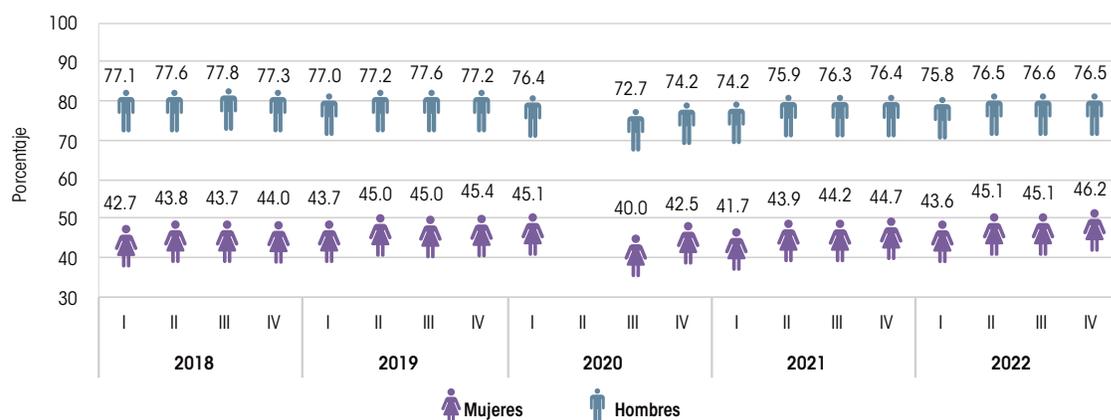
La segregación ocupacional por género ocasiona que una elevada proporción de mujeres se emplee en sectores vulnerables y de baja productividad, donde no tienen acceso a la seguridad social ni a prestaciones; a lo anterior se suma que, derivado de la división sexual del trabajo, las mujeres suelen tener una sobrecarga de trabajo doméstico no remunerado y de cuidados, lo que reduce su plena inserción laboral. Estas circunstancias reproducen desigualdades, dificultan su progreso profesional, su participación en procesos de toma de decisiones y, por ende, su autonomía económica (Vaca, 2019).

Datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) y la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOE^N)⁷ del Inegi (2023c) refieren una creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral en México durante los años recientes. Así, entre 2018 y 2022 la tasa de participación económica de las mujeres ha oscilado entre 40.0% y 46.2%.

Para el primer trimestre de 2018 esa tasa se situó en 42.7% y aumentó 2.4 puntos porcentuales hasta la declaratoria del inicio de la pandemia (en el primer trimestre de 2020 llegó a 45.1%). Debido a los efectos de la emergencia sanitaria ocasionada por la COVID-19, en donde se redujeron las actividades económicas, la tasa se redujo hasta 40.0% durante el tercer trimestre de 2020. Por su parte, la participación de los hombres pasó de 77.1% en el primer trimestre de 2018 a 76.5% en el cuarto trimestre de 2022; la pandemia por COVID-19 ocasionó que esta tasa cayera 3.7 puntos porcentuales (de 76.4% durante el primer trimestre de 2020 a 72.7% en el tercer trimestre del mismo año) (gráfica 4).

⁷ Debido a la contingencia sanitaria se acataron las disposiciones emitidas por las autoridades sanitarias del país. En tal contexto, el Inegi comunicó que aplazaría el levantamiento de encuestas que involucraban interacción cara a cara y el 30 de marzo de 2020 se suspendieron todos los operativos de campo, incluido el levantamiento del segundo trimestre de la ENOE. A partir de julio de ese año se reinició el levantamiento de entrevistas cara a cara con la denominación de Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Nueva Edición (ENOE^N), la cual mantiene el mismo diseño conceptual, estadístico y metodológico que la ENOE tradicional, pero la estrategia operativa y la muestra combina entrevistas cara a cara y entrevistas telefónicas. Cabe aclarar que no se producen cambios estadísticos significativos en los indicadores estratégicos de ocupación y empleo cuando se consideran solo entrevistas cara a cara, de cuando se combinan con entrevistas telefónicas (Inegi, 2022b).

Gráfica 4. Tasa de participación económica según sexo. México, primer trimestre de 2018-cuarto trimestre de 2022



Nota: debido a la contingencia sanitaria por COVID-19, el Inegi suspendió el acopio de información del segundo trimestre de 2020.
Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENOE y la ENOE^N reportadas por el Inegi.

El crecimiento de la tasa de participación económica de las mujeres respecto a la de los hombres permitió la reducción de la brecha en 4.1 puntos porcentuales del primer trimestre de 2018 al cuarto trimestre de 2022. Sin embargo, aunque la participación femenina en el mercado laboral al cuarto trimestre de 2022 superó a la previa de la pandemia (46.2%) (gráfica 4), más de la mitad de las mujeres en México en edad de trabajar no lo hacía y persistió una brecha de participación económica entre hombres y mujeres de 30.3 puntos porcentuales.

México sobresale por ser el país donde se presenta la mayor brecha entre mujeres y hombres en cuanto a participación económica en la región de América Latina y el Caribe: en 2022 México reportó una brecha de 32.1 puntos porcentuales, por encima del promedio de los países de la región⁸ (23.6 puntos porcentuales). A México le siguen El Salvador con 31.4 puntos porcentuales, Belice con 27.1, Colombia con 25.9, República Dominicana con 24.7, Ecuador con 24.4 y Paraguay con 24.3 puntos porcentuales (Banco Mundial, s.f.).

Como se mencionó, existen elementos sociodemográficos como la edad, la pertenencia étnica, el grado de escolaridad, entre otros, que multiplican las desventajas de las mujeres, lo que ocasiona que entre pares femeninas se vivan realidades distintas que impactan en su participación en el mercado laboral. Quienes son madres, por ejemplo, se insertan en condiciones en donde deben combinar la crianza de los hijos, los quehaceres domésticos y las actividades laborales (INMUJERES, 2018).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), entre 2016 y 2020 la tasa de participación económica de las mujeres de 25 a 44 años con descendencia fue casi constante (61.3% en 2016, 61.4% en 2018 y 61.2% en 2020); en cambio, la tasa de participación de las mujeres sin hijos fue de 79.4% en 2016, 79.5% en 2018 y presentó una disminución en 2020 a 78.1%. Esto significa que en 2020 la brecha era de 16.9 puntos porcentuales, lo que refleja que la partici-

⁸ México está catalogado como un país de ingreso mediano alto, de modo que se toma la clasificación América Latina y el Caribe (excluido los altos ingresos).

pación económica de las mujeres que son madres es menor que las de quienes no lo son. Por otro lado, al considerar la condición de discapacidad,⁹ en 2020 se identificó una brecha de 25.7 puntos porcentuales en la tasa de participación económica de las mujeres con discapacidad (27.0%) frente a aquellas sin esta condición (52.7%).

En cuanto a la población indígena según pertenencia étnica,¹⁰ en 2016, 2018 y 2020 hubo una mayor participación económica de los hombres (86.9%, 87.5% y 87.1% respectivamente) que de las mujeres (53.7%, 57.7% y 56.1% para los mismos años de referencia). De 2016 a 2018 la tasa de participación de las mujeres indígenas aumentó 4.0 puntos porcentuales, la brecha de participación entre mujeres y hombres indígenas disminuyó 3.3 puntos porcentuales. Para 2020, aunque en ambos casos la participación se redujo, esta tasa para las mujeres bajó 1.5 puntos porcentuales y la de los hombres, 0.4, de ahí que la brecha fuera de 30.9 puntos porcentuales.

Respecto a la ocupación de las mujeres, la ENOE^N muestra que, al cuarto trimestre de 2022, 52.8 millones de mujeres se encontraban en edad de trabajar, 24.4 millones formaron parte de la población económicamente activa (PEA) y, de estas, 23.7 millones estaban ocupadas. Sin embargo, apenas 10.4 millones laboraban en el sector formal, es decir, 43.9% de las mujeres ocupadas (en el primer trimestre de 2018 las mujeres ocupadas en el sector formal equivalían a 43.1%). Asimismo, de los 28.4 millones de mujeres que formaban parte de la población no económicamente activa (PNEA), 3.6 declararon estar disponibles para trabajar y buscaron trabajo en el pasado, pero dejaron de hacerlo porque consideraron no tener oportunidad de encontrarlo.

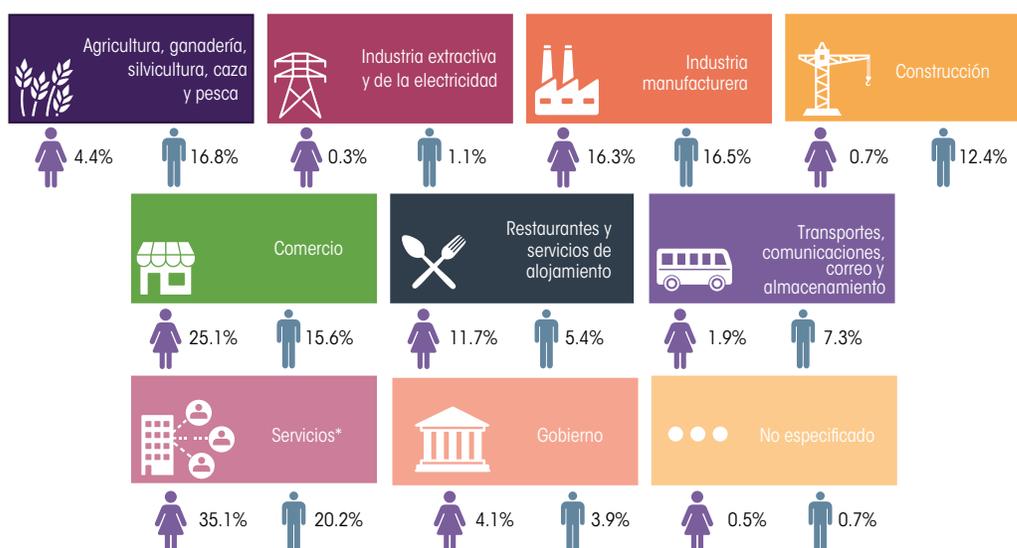
Al considerar el nivel de escolaridad de la población ocupada, con base en la ENOE y la ENOE^N se identificó que del primer trimestre de 2018 al cuarto trimestre de 2022 disminuyó la población ocupada con primaria incompleta (10.9% a 8.6%) y aumentó la de aquella con nivel medio superior y superior (37.1% a 43.2%). De lo anterior resulta un nivel más alto de ocupación de mujeres con mayor grado de escolaridad en comparación con el de hombres: al cuarto trimestre de 2022, 46.5% de mujeres ocupadas contaba con educación media superior y superior, contra 40.9% de los hombres con ese nivel de escolaridad; por el contrario, 7.3% de las mujeres ocupadas tenía primaria incompleta, frente a 9.5% de los hombres ocupados en esa misma situación.

⁹ A partir de 2020, la ENIGH recoge el grado de dificultad que la población tiene para realizar algunas actividades, por lo que, en seguimiento a las recomendaciones del Grupo Washington, se identifica a la población con discapacidad como aquella que reportó "no puedo hacerlo" o "lo hace con mucha dificultad" en al menos alguna de las siguientes actividades: caminar; subir o bajar usando sus piernas; ver (aunque use lentes); mover o usar brazos o manos; aprender, recordar o concentrarse; escuchar (aunque use aparato auditivo); bañarse, vestirse o comer; hablar o comunicarse (por ejemplo, entender o ser entendido por otros); realizar sus actividades diarias por problemas emocionales o mentales (con autonomía e independencia). Para más información, consúltese Disability Measurement and Monitoring using the Washington Group Disability Questions. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/732254/Disability-Measurement-Monitoring-Washington-Group_Disability-Questions.pdf (consultado el 2 de agosto de 2021).

¹⁰ Para este caso se considera la definición de población indígena propuesta por el Instituto Nacional de los Pueblos Indígena (INPI), la cual señala que este grupo abarca a todas las personas que forman parte de un hogar indígena, donde el jefe(a) del hogar, su cónyuge y/o alguno de los ascendientes [madre o padre, madrastra o padrastro, abuelo(a), bisabuelo(a), tatarabuelo(a), suegro(a)] declara ser hablante de alguna lengua indígena. Además, se incluye a personas que dicen hablar alguna lengua indígena y que no forman parte de estos hogares (INPI, 2017).

Si bien se reconocen avances en el acceso de las mujeres a la educación superior, aún se observa segregación a causa de roles y estereotipos de género; así, la división sexual del trabajo ocasiona que las mujeres tengan una mayor participación en carreras y trabajos considerados femeninos (de las áreas sociales o de cuidado) que en los sectores dinamizadores de la economía, de mayor productividad y con mejores remuneraciones, vinculados, por ejemplo, a las áreas de ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas (CTIM), reconocidas como tradicionalmente masculinas y donde las mujeres han estado subrepresentadas (CEPAL, 2022; UNESCO, 2020). Esto imposibilita las condiciones de igualdad necesarias en el mercado laboral y que las mujeres tengan menos probabilidades de adaptarse a las demandas cambiantes del mercado laboral (Vaca, 2019).

Figura 2. Porcentaje de personas ocupadas según sector de actividad económica y sexo. México, cuarto trimestre de 2022



* Este rubro agrupa las categorías servicios profesionales, financieros y corporativos; servicios sociales y servicios diversos.

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENOE^N reportada por el Inegi.

Al analizar el sector económico en el que las personas se ocupan, información del cuarto trimestre de 2022 de la ENOE^N arrojó que 52.4% de los hombres ocupados labora en el sector terciario, mientras que la proporción de las mujeres ocupadas en dicho sector asciende a 77.8%. En específico, las mujeres han contribuido considerablemente al sector de los servicios y el comercio: en el cuarto trimestre de 2022, 35.1% y 25.1% de las mujeres ocupadas laboraban en cada una de esas actividades, seguido de 16.3% de las mujeres ocupadas que lo hacían en la industria manufacturera del sector secundario (figura 2).

La contracción económica resultante de la contingencia sanitaria por la COVID-19 tuvo un impacto negativo en la ocupación de las mujeres y aumentó la precarización de las condiciones laborales, equivalente a un retroceso de más de diez años en la participación de las mujeres en el mercado laboral (CEPAL, 2021). Las estrategias implementadas para reducir los contagios, como el cierre de fronteras y las restricciones a la movilidad, llevaron a la caída del comercio internacional y la paralización de las actividades productivas, las reducciones en las jornadas de trabajo y las pérdidas

de empleo. Los sectores de actividad más susceptibles a estas medidas (comercios, restaurantes, hoteles, actividades de esparcimiento, etcétera) son aquellos en los que prevalece la fuerza laboral femenina (OIT, 2022).



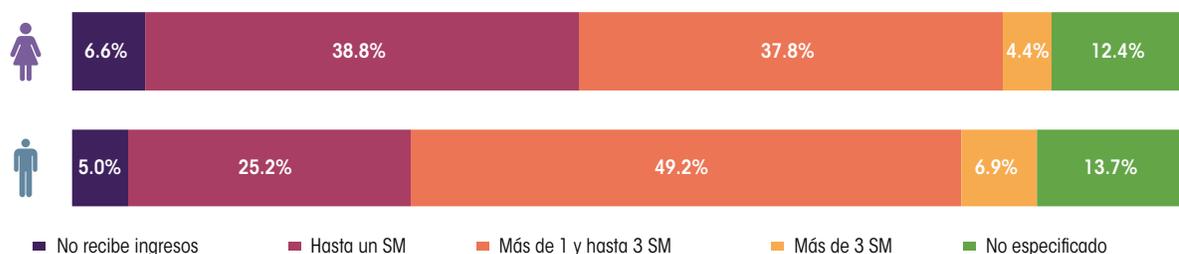
Laboralmente la pandemia por COVID-19 afectó los ingresos por trabajo de las mujeres entrevistadas debido a una reducción en sus salarios o a la disminución en las ventas para aquellas que tenían negocios. Asimismo, la situación laboral cambió hacia la desocupación o a la inactividad ya que para las mujeres desocupadas la búsqueda de trabajo tuvo que ser pospuesta y algunas mujeres tuvieron que renunciar a sus empleos para cuidar de sus familias y reducir el riesgo de contagio.

Nota: la información que se presenta en los recuadros a lo largo del documento es el resultado de entrevistas realizadas a mujeres, en donde se consideraron características de las informantes como la composición de los hogares (monoparental o biparental), jefatura del hogar, ocupación, pertenencia a algún grupo étnico y grupo etario (de 18 a 29 años, de 30 a 64 años, de 65 años o más). Dichas entrevistas fueron individuales, salvo una que se desarrolló mediante grupo focal.

La baja participación de las mujeres en el empleo y su concentración en sectores de menor productividad se deben a que ellas asumen, primordialmente, la carga de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado en sus hogares, orillándolas a buscar empleos flexibles o informales, de menor calidad, e incluso a interrumpir sus carreras profesionales; estos factores limitan su posibilidad de generar ingresos propios y consolidar una autonomía económica. En este sentido, las brechas de ingresos entre mujeres y hombres apuntan a las diferencias en los tipos de trabajo y en el tiempo que pueden destinarle (Vaca, 2019).

Datos de la ENOE^N muestran que, de las mujeres ocupadas en el cuarto trimestre de 2022, 1.6 millones no percibían ingresos (6.6%). La brecha entre mujeres y hombres es patente, pues poco más de la tercera parte de las mujeres ocupadas percibía un salario mínimo (SM) (38.8%), en contraste con 25.2% de los hombres ocupados (gráfica 5).

Gráfica 5. Porcentaje de personas ocupadas según salarios mínimos y sexo. México, cuarto trimestre de 2022



SM: salario mínimo

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENOE^N reportada por el Inegi.

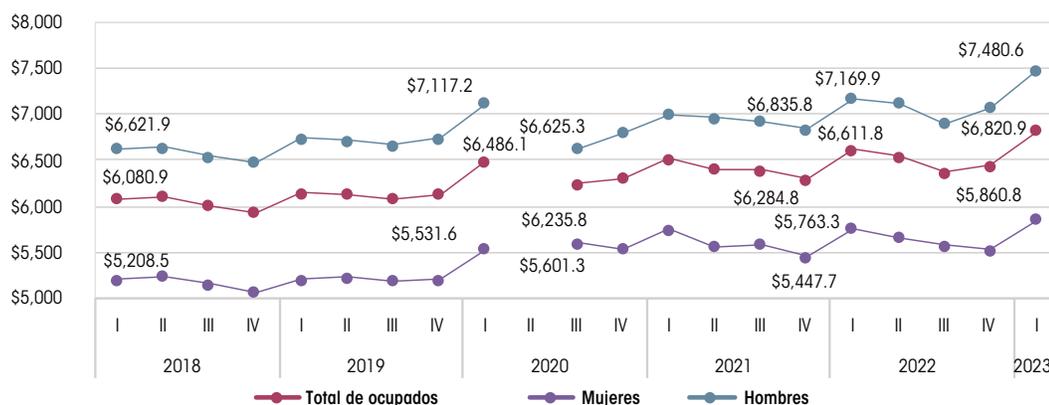
Información del CONEVAL (2023c) referente a las personas ocupadas con un ingreso laboral inferior al valor monetario de la canasta alimentaria, es decir, en pobreza laboral, se observa que de 2018 a 2022 este indicador tuvo un comportamiento decreciente al pasar de 14.0% en el primer trimestre de 2018 a 12.7% al cuarto trimestre de 2022. Para el primer trimestre de 2023, 12.5% del total de personas ocupadas se encontraba en situación de pobreza laboral.

La pobreza laboral de las mujeres ocupadas fue de 18.3% en el primer trimestre de 2018 y tuvo su valor más alto en el segundo trimestre de 2019 con 19.4%; el valor más bajo fue de 15.5% y se registró en el primer trimestre de 2022. Al cuarto trimestre de ese mismo año se reportó que 16.3% de las mujeres ocupadas no pudo adquirir la canasta alimentaria al destinar la totalidad de su ingreso laboral en el hogar; para el primer trimestre de 2023, se reportó la misma proporción de mujeres ocupadas en situación de pobreza laboral (16.3%). Por su parte, el mayor porcentaje de hombres ocupados en pobreza laboral se presentó en el tercer trimestre de 2019, con 12.5%, en tanto que el valor más bajo fue de 9.8% en el primer trimestre de 2020; durante el cuarto trimestre de 2022 este fue de 10.3% de los hombres ocupados, y en el primer trimestre de 2023, de 9.8%. Si bien la población en pobreza laboral se redujo, del primer trimestre de 2018 al primer trimestre de 2023 la brecha entre mujeres y hombres pasó de 7.0 a 6.5, de modo que las mujeres continúan en una situación de mayor vulnerabilidad en sus ingresos laborales e imposibilitadas de adquirir con estos la canasta alimentaria.

Además, entre el primer trimestre de 2018 y el primer trimestre de 2023 hubo variaciones en el ingreso laboral real promedio per cápita de las personas ocupadas (a pesos constantes) (CONEVAL, 2023c). Durante tal periodo, el crecimiento más importante del ingreso laboral para las mujeres ocupadas ocurrió en el primer trimestre de 2020, cuando su ingreso laboral real mensual fue de 5,531.6 pesos, lo que representó una variación porcentual real de 6.3% frente al trimestre previo. Para los hombres ocupados, el mayor crecimiento en su ingreso laboral fue en el primer trimestre 2023, al darse una variación porcentual real de 5.8% respecto al trimestre previo pues alcanzaron un ingreso de 7,480.6 pesos.

Con la declaratoria de la emergencia sanitaria por la COVID-19 se produjeron efectos diferenciados en los ingresos laborales de mujeres y hombres ocupados: del primer al tercer trimestre de 2020 las mujeres presentaron un incremento de 1.3% en su ingreso laboral real mensual, los hombres presentaron una disminución de 6.9%. En el primer trimestre de 2023, el ingreso laboral real promedio de la población ocupada a nivel nacional fue de 6,820.9 pesos constantes al mes; las mujeres reportaron 5,860.8 pesos mensuales, y los hombres 7,480.6 pesos; esto significa que el ingreso de los hombres ocupados fue casi 1.3 veces mayor que el de las mujeres ocupadas (gráfica 6).

Gráfica 6. Ingreso laboral real* promedio de la población ocupada según sexo. México, primer trimestre de 2018-primer trimestre de 2023



* Pesos del primer trimestre de 2020 (deflactado con el INPC).

Nota: debido a la contingencia sanitaria por COVID-19, el Inegi suspendió el acopio de información del segundo trimestre de 2020.

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENOE y la ENOEⁿ reportadas por el Inegi.

Ciertos factores podrían explicar las diferencias en la remuneración entre mujeres y hombres, como nivel de educación, experiencia laboral, sector y tipo de ocupación, ubicación del lugar de trabajo, así como la cantidad de horas que se dedican al trabajo remunerado y al no remunerado (OIT, 2016). Aunque, como se señaló previamente, mujeres y hombres se ocupan en sectores de actividad diferenciados y específicos, dicha segregación ocupacional puede contribuir a mantener la desigualdad en los ingresos ya que los salarios varían en función del trabajo. Por otra parte, se ha observado que las ocupaciones en donde predominan las mujeres reciben en promedio salarios inferiores debido a la infravaloración de su trabajo, es decir que existe una “penalización salarial” en los sectores y las ocupaciones predominantemente femeninos (OIT, 2016).

Sumado a que las mujeres reciben una menor remuneración que los hombres, la incorporación de las mujeres a sectores con predominio masculino, caracterizados por salarios elevados, en ocasiones conduce a la pérdida de prestigio de la ocupación, a la instauración de nuevas divisiones del trabajo y, de nuevo, a la concentración de las mujeres en los puestos inferiores e incluso a la reducción en los salarios (Chávez, 2010: 27; ONU Mujeres, 2016a). Esto genera limitaciones en su capacidad de tener autonomía económica, es decir, acceder, producir y controlar sus recursos: ingresos propios, activos y recursos productivos, financieros y tecnológicos, así como ser dueñas de su tiempo y propiedades (CEPAL, s.f.).

En este sentido, aun cuando las mujeres se insertan cada vez más en el mercado laboral, tienden a hacerlo en ocupaciones que constituyen una extensión de sus trabajos domésticos o de cuidado. La estructura actual del mercado de trabajo condiciona que estas labores se distingan por sus bajos salarios y escasa movilidad; por consiguiente, a las mujeres les resulta más difícil ascender a mejores empleos en un sector o moverse hacia otros. Esto se traduce en una pérdida de salario independientemente del nivel educativo o los años de experiencia laboral (Valenzuela y Mora, 2009).



Las entrevistas muestran que algunas de las barreras que dificultan el acceso de las mujeres al mercado laboral o a mejores posiciones en el trabajo son: la falta de experiencia laboral y especialización, la discriminación por género y la ocupación en empresas con un limitado crecimiento. Para las mujeres con hijos, la principal barrera para insertarse en el mercado laboral es la conciliación de las tareas de cuidados con el trabajo, de la misma forma sucede para las mujeres que desean ocupar puestos jerárquicos más altos pues éstos demandan un mayor tiempo.

Aunado al cierre de actividades productivas a causa de la pandemia, la salida de las mujeres del mercado laboral se vio influenciada por el aumento de la demanda de cuidados en los hogares (CEPAL, 2020). Al respecto, del primer al tercer trimestre de 2020, se presentó un aumento de 2.7 millones de mujeres en la PNEA, es decir, que no realizaron actividades económicas remuneradas y que no buscaron trabajo remunerado, de las cuales 2.4 millones provenían de la PEA, esto es, que estaban ocupadas o desocupadas pero en busca de empleo (Inegi, 2022e).

Asimismo, del primer trimestre de 2018 al primer trimestre de 2020 la tasa de desocupación de las mujeres se mantuvo relativamente estable (3.2% y 3.4% de la PEA, respectivamente) y similar a la de los hombres (3.1% y 3.4% respectivamente). La desocupación de las mujeres alcanzó su nivel crítico a inicios de la pandemia, en el tercer trimestre de 2020, al llegar a 4.8% (para los hombres fue de 5.3%). Con la reapertura gradual de las actividades y la recuperación de los puestos de trabajo, al cuarto trimestre de 2022 la desocupación femenina se ubicó en niveles menores que los previos a la pandemia (3.1%) (cuadro 2).

Cuadro 2. Tasas de desocupación y subocupación según sexo. México, primer trimestre de 2018-cuarto trimestre de 2022

| | | Desocupación | | Subocupación | |
|------|-----|---|---|---|---|
| | |  |  |  |  |
| 2018 | I | 3.2% | 3.1% | 5.8% | 7.2% |
| | II | 3.3% | 3.4% | 6.2% | 7.5% |
| | III | 3.8% | 3.2% | 6.2% | 7.5% |
| | IV | 3.4% | 3.2% | 5.7% | 7.3% |
| 2019 | I | 3.5% | 3.3% | 6.1% | 7.1% |
| | II | 3.6% | 3.5% | 6.9% | 8.1% |
| | III | 3.7% | 3.7% | 7.3% | 8.1% |
| | IV | 3.4% | 3.4% | 6.9% | 8.1% |
| 2020 | I | 3.4% | 3.4% | 8.0% | 8.7% |
| | II* | | | | |
| | III | 4.8% | 5.3% | 17.0% | 16.9% |
| | IV | 4.3% | 4.7% | 14.7% | 15.5% |

| | | Desocupación | | Subocupación | |
|------|-----|--------------|------|--------------|-------|
| 2021 | I | 4.2% | 4.4% | 14.3% | 13.5% |
| | II | 4.2% | 4.2% | 13.5% | 13.2% |
| | III | 4.4% | 4.1% | 12.7% | 13.0% |
| | IV | 3.8% | 3.6% | 10.4% | 10.7% |
| 2022 | I | 3.4% | 3.5% | 8.8% | 9.0% |
| | II | 3.2% | 3.2% | 8.5% | 9.1% |
| | III | 3.6% | 3.3% | 7.8% | 8.2% |
| | IV | 3.1% | 2.9% | 7.2% | 7.6% |

* Debido a la contingencia sanitaria por COVID-19, el Inegi suspendió el acopio de información del segundo trimestre de 2020.
Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENOE y la ENOE^N reportadas por el Inegi.

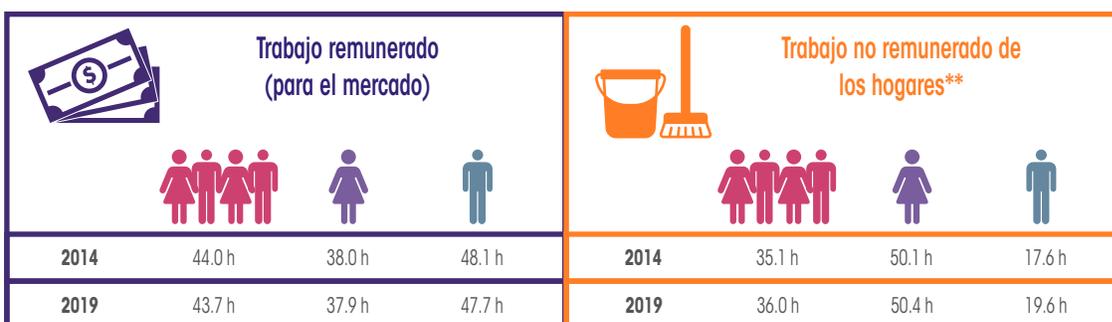
Existen factores relacionados con la estructura del hogar que condicionan el número de horas que las mujeres dedican al trabajo remunerado por lo que suelen optar por trabajos de jornadas parciales debido al tiempo que invierten en el trabajo doméstico y de cuidados, situación que contribuye a la segregación de las mujeres en la posición que ocupan en el trabajo (INMUJERES, 2008; Sánchez *et al.*, 2016).

Al respecto, la población subocupada, es decir aquella con la necesidad y disponibilidad de ofertar más tiempo de trabajo de lo que su ocupación actual le permite, presentó una tendencia ascendente; del primer al tercer trimestre de 2020 la subocupación de las mujeres se incrementó poco más del doble (de 8.0% a 17.0%) y no fue hasta el primer trimestre de 2022 cuando reportó un nivel similar al del periodo previo a la suspensión de actividades por la pandemia ocasionada por la COVID-19 (8.8%); al cuarto trimestre de 2022 la tasa de subocupación de las mujeres se ubicó en 7.2% (cuadro 2).

De acuerdo con datos de la ENOE y la ENOE^N, poco más de una quinta parte de las personas ocupadas trabaja jornadas parciales, es decir, menos de 35 horas a la semana (22.7% al primer trimestre de 2018 y 23.2% al cuarto trimestre de 2022). En esta situación, las mujeres casi duplicaron a los hombres (al cuarto trimestre de 2022 este porcentaje fue de 32.7% y 16.6% en cada caso). En cuanto a las horas promedio semanales trabajadas de las personas ocupadas, estas se mantuvieron constantes: en el primer trimestre de 2018 las mujeres trabajaron en promedio 38.1 horas semanales, frente a 45.9 horas de los hombres, lo que representó una brecha de 7.8 horas de trabajo remunerado a la semana. Para el cuarto trimestre de 2022 las mujeres trabajaron 38.5 horas y los hombres 45.8, una diferencia de 7.3 horas a la semana.

Cabe aclarar que este indicador da cuenta únicamente de las horas de trabajo remunerado; cuando se incluyen las horas de trabajo no remunerado, se evidencia que las mujeres tienen una sobrecarga de trabajo. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT) (Inegi, 2015, 2020b), de 2014 a 2019 el tiempo promedio semanal que las personas de 12 años o más dedicaron al trabajo remunerado y al no remunerado permaneció relativamente constante. Durante el periodo de referencia, el tiempo que los hombres destinaron al trabajo remunerado pasó de 48.1 a 47.7 horas semanales en promedio, contra 38.0 y 37.9 horas semanales de las mujeres (figura 3).

Figura 3. Promedio de horas semanales dedicadas a actividades productivas* según sexo. México, 2014 y 2019



* Las actividades productivas comprenden el trabajo para el mercado, la producción de bienes para el consumo exclusivo del propio hogar y las actividades no remuneradas: preparación de alimentos, limpieza de la vivienda, lavado o planchado de ropa y limpieza de calzado; mantenimiento y reparaciones menores a la vivienda y a otros bienes del hogar; compras, pagos, trámites, gestión y administración del hogar; cuidado a integrantes del propio hogar, y apoyo gratuito a favor de otros hogares, de la comunidad y trabajo voluntario (Inegi, 2015, 2020b).

** El trabajo no remunerado de los hogares incluye tiempo de cuidados pasivos y considera las categorías de: trabajo doméstico no remunerado para el propio hogar, trabajo no remunerado de cuidado a integrantes del hogar y trabajo no remunerado como apoyo a otros hogares y trabajo voluntario.

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENUT 2014 y 2019 reportadas por el Inegi.

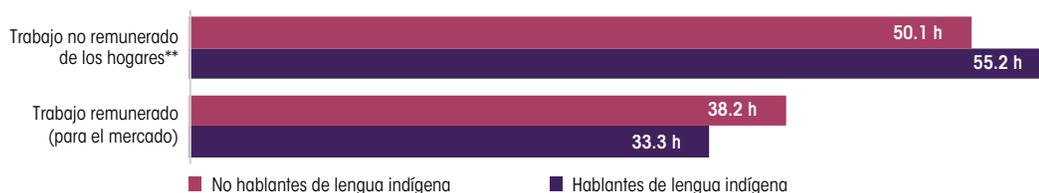
Al analizar el trabajo no remunerado de los hogares¹¹ se observa que las mujeres invierten casi tres veces más tiempo en la realización de actividades en los hogares: los hombres destinaron 17.6 horas semanales en 2014 y 19.6 en 2019 al trabajo no remunerado, pero las mujeres dedicaron 50.1 horas semanales en 2014 y 50.4 en 2019. Al considerar ambos tipos de actividades productivas (remuneradas y no remuneradas), las mujeres trabajan más de 10 horas extra a la semana que los hombres (figura 3).

Datos de la ENUT 2019 sostienen que las mujeres que integran la PEA y que trabajan una jornada completa para el mercado (40 horas o más a la semana), dedican en adición, en promedio, 32.7 horas semanales al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, frente a 14.8 horas de los hombres que son PEA y trabajan una jornada completa. La brecha de tiempo se amplía para las mujeres que trabajan menos de 40 horas, pues dedican en promedio 44.2 horas a la semana a trabajo no remunerado de los hogares, en tanto que los hombres destinan 17.1 horas (Inegi e INMUJERES, 2020).

Por su parte, las mujeres hablantes de lengua indígena destinan en promedio cinco horas más al trabajo no remunerado de los hogares en comparación con las mujeres no hablantes de lengua indígena; por el contrario, estas últimas dedican ese mismo número de horas más a la semana al mercado laboral (gráfica 7).

¹¹ Según la ENUT, el trabajo no remunerado de los hogares son aquellas actividades productivas que se realizan para el propio uso de los integrantes del hogar o para terceros, pero sin que medie una remuneración: incluye el trabajo doméstico para el propio hogar (la preparación de alimentos; la limpieza de la vivienda, ropa y calzado; el mantenimiento del hogar; compras, pagos y trámites, entre otros), el trabajo destinado al cuidado de los integrantes del hogar, así como el trabajo de apoyo para otros hogares (incluidos quehaceres domésticos y cuidados) y el trabajo que se efectúa de forma voluntaria en organizaciones sin fines de lucro. Incluye los cuidados pasivos, los cuales se definen como la actividad de cuidado simultánea o secundaria en la que se está al pendiente o al cuidado de otra persona mientras se realiza otra actividad (principal) (Inegi e INMUJERES, 2020).

Gráfica 7. Promedio de horas semanales que dedican las mujeres a actividades productivas* por condición de habla de lengua indígena. México, 2019



* Las actividades productivas comprenden el trabajo para el mercado, la producción de bienes para el consumo exclusivo del propio hogar y las actividades no remuneradas: preparación de alimentos, limpieza de la vivienda, lavado o planchado de ropa y limpieza de calzado; mantenimiento y reparaciones menores a la vivienda y a otros bienes del hogar; compras, pagos, trámites, gestión y administración del hogar; cuidado a integrantes del propio hogar, y apoyo gratuito a favor de otros hogares, de la comunidad y trabajo voluntario (Inegi, 2020b).

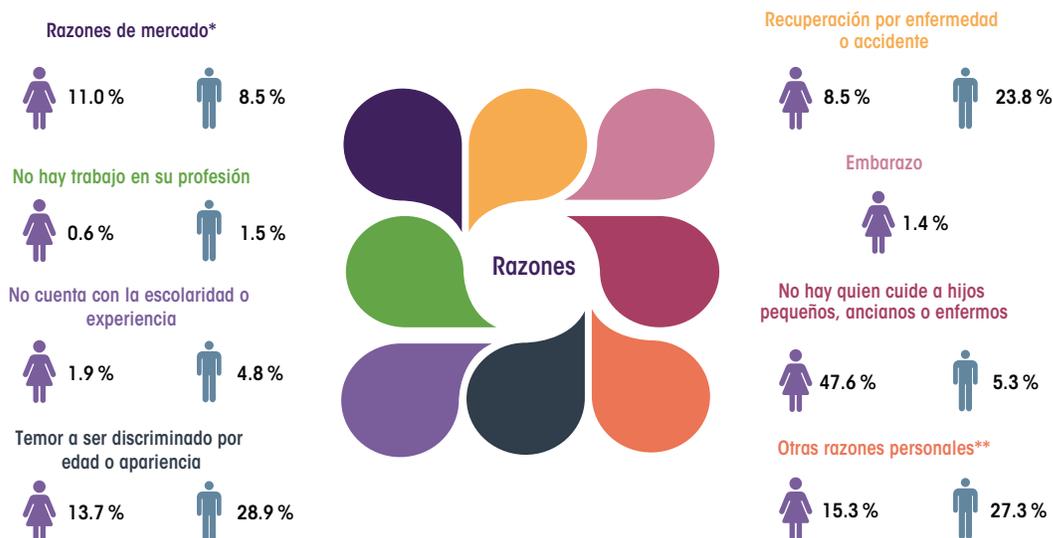
** El trabajo no remunerado de los hogares incluye tiempo de cuidados pasivos y considera las categorías: trabajo doméstico no remunerado para el propio hogar, trabajo no remunerado de cuidado a integrantes del hogar y trabajo no remunerado como apoyo a otros hogares y trabajo voluntario.

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENUT 2019 reportada por el Inegi.

Las disparidades en la división sexual del trabajo de cuidados no remunerado y del remunerado, además de ser resultado de las desigualdades arraigadas por motivos de género, ingresos, edad, educación y lugar de residencia, también dependen de la composición del hogar. Como se explicó antes, la existencia de factores que impiden la ampliación de la jornada de trabajo en el caso de las mujeres, por ejemplo, la falta de apoyo para el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, las orilla a emplearse en trabajos remunerados con jornadas reducidas y, por consiguiente, acceder a menores ingresos (CONEVAL, 2022c).

En relación con las razones por las que la PNEA no busca empleo, según la ENOE y la ENOE^N, del primer trimestre de 2018 al cuarto trimestre de 2022, el principal motivo que mencionaron las mujeres fue no tener quien cuidara a hijos pequeños, personas adultas mayores o enfermas (47.6% al cuarto trimestre de 2022), mientras que los hombres refirieron el temor a ser discriminados por edad o apariencia (figura 4). Esto constata el hecho de que la distribución desigual de cargas en el trabajo de cuidados y del hogar no remunerado se asocia con que un alto porcentaje de mujeres no busque empleo o trabaje jornadas reducidas (CONEVAL, 2022c).

Figura 4. Razones por las que la Población No Económicamente Activa no busca empleo según sexo. México, cuarto trimestre de 2022 (porcentaje)



* Las razones de mercado incluyen las categorías: espera por respuesta a una solicitud, no existencia de trabajo en la localidad o trabajo temporal, inseguridad pública o exceso de trámites para iniciar alguna actividad y otras razones de mercado.

** En otras razones personales se incluye también la categoría No lo(a) deja un familiar.

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENOE^N reportada por el Inegi.

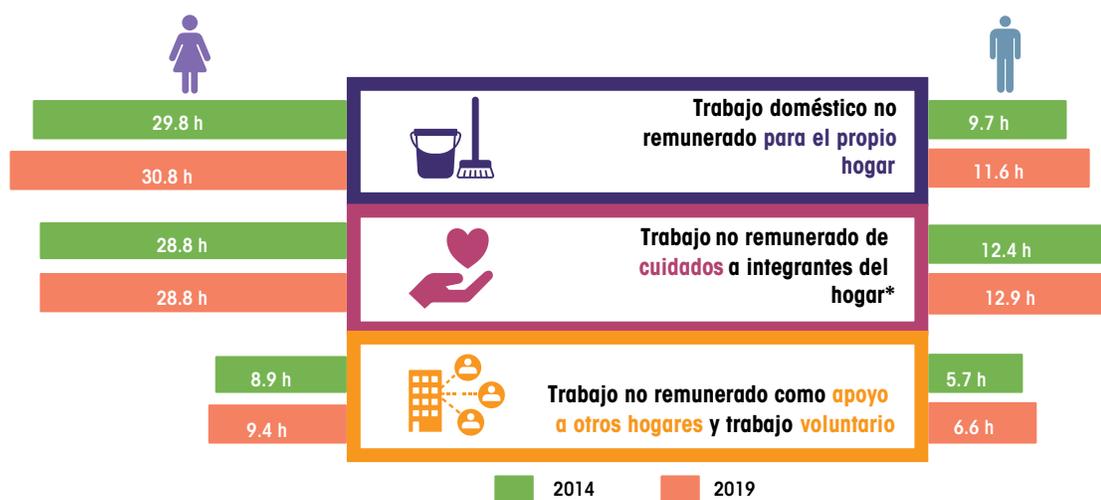
Acerca de la participación en el trabajo doméstico no remunerado para el propio hogar, de la ENUT 2019 se desprende que 98.2% de la población de 12 años o más, desempeñó trabajo doméstico con un promedio de 21.9 horas semanales; el trabajo no remunerado de cuidados a integrantes del hogar reportó una tasa de participación de 57.1% y un promedio de 21.7 horas a la semana, y el trabajo no remunerado como apoyo a otros hogares y trabajo voluntario tuvo una tasa de participación de 20.5% y un promedio de 8.3 horas semanales.

Las entrevistas muestran que, aunque exista una repartición de las tareas domésticas entre las mujeres y hombres en los hogares, ésta es desigual. Las mujeres, sin importar su etapa en el curso de vida o su condición ocupacional, dedican su tiempo libre al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, tiempo que, mencionan, podrían ocupar para estudiar, capacitarse, trabajar o para el descanso y la recreación.



Del tiempo que dedicaron las mujeres y los hombres a estas actividades entre 2014 y 2019, se observan diferencias en la distribución de la realización del trabajo no remunerado de los hogares. Destaca la variación correspondiente al trabajo de quehaceres domésticos para el propio hogar, pues en 2019 los hombres dedicaron casi dos horas más a la semana a esta actividad que en 2014; sin embargo, la brecha en relación con el tiempo que invirtieron las mujeres a esta misma actividad persiste y es muy elevada; lo anterior se repite en el trabajo de cuidados a integrantes del hogar, labor a la que las mujeres destinan más del doble de horas a la semana que los hombres (figura 5).

Figura 5. Promedio de horas semanales por tipo de actividad de trabajo no remunerado y sexo. México, 2014 y 2019



* Incluye tiempo de cuidados pasivos.

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENUT 2014 y 2019 reportadas por el Inegi.

La cantidad de tiempo que las mujeres dedican a la prestación de labores domésticas y de cuidados no remunerados aumenta al haber niñas y niños menores en el hogar, lo que se traduce en una “penalización en el empleo vinculada con la maternidad” que conlleva obstáculos para conseguir mejores trabajos (OIT, 2019).

Las licencias de maternidad son un instrumento normativo dirigido a la protección de la maternidad segura, la atención de la salud y el bienestar de la madre y del recién nacido, así como a prevenir la desigualdad de trato en el trabajo a causa de la función reproductiva de las mujeres (OIT, 2015). La protección de la maternidad es un derecho laboral fundamental contemplado en diversos instrumentos normativos. En su artículo 170, la LFT establece una duración de 12 semanas para la licencia de maternidad aun cuando el Convenio sobre la Protección de la Maternidad de la OIT determina un periodo de al menos 14 semanas. No obstante, la ampliación de la licencia de maternidad es necesaria tanto en función de la salud física de la madre y el infante así como de la salud mental de las mujeres dado que una licencia prolongada reduce el estrés materno y las licencias cortas se asocian con mayor depresión materna (IPC-IG y UNICEF, 2020).

Por su parte, la LFT establece una licencia de paternidad de cinco días laborables, a pesar de los esfuerzos legislativos e institucionales para ampliarla. Estos periodos instituidos, diferenciados por sexo, refuerzan la idea de que las mujeres son las principales responsables del cuidado de niñas y niños. Por ello, armonizar los tiempos de las licencias por maternidad y paternidad podría promover la corresponsabilidad parental y permitir a los trabajadores disponer de tiempo para el apoyo, cuidado y enseñanza de sus hijas e hijos al asumir una paternidad responsable. Medidas como estas son indispensables para fomentar el bienestar laboral y de seguridad social de las familias y para alcanzar la igualdad de género al erradicar los roles de género errados y discriminatorios que imponen a la mujer las tareas de cuidados (Cámara de Diputados, 2022).

Respecto al tiempo destinado a los cuidados, aunque la brecha en el promedio de horas semanales no sobrepasa la de los quehaceres domésticos, la ENUT 2019 muestra que el cuidado a menores de 14 años es el más contrastante en términos de tiempo entre mujeres y hombres: las primeras dedican 24.1 horas semanales en promedio, frente a 11.5 horas de los segundos; en los cuidados a personas enfermas o con discapacidad, hay una brecha de más de 10 horas en promedio a la semana (28.4 y 16.3 horas, respectivamente), y el cuidado a personas de 60 años o más muestra menores diferencias, con 17.3 horas de las mujeres y 14.0 horas de los hombres.

Las mujeres entrevistadas declararon un incremento en el tiempo que dedicaban al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, resultado del mayor tiempo que ellas y sus familias se encontraban en los hogares por la pandemia, el hecho de que los menores de edad se encontraban estudiando a distancia y las medidas de higiene para prevenir el contagio.



Otros efectos de las medidas de distanciamiento y confinamiento derivadas de la emergencia sanitaria intensificaron la carga de trabajo no remunerado de las mujeres, en particular por el acompañamiento continuo que las madres debieron dedicar a las tareas educativas de sus hijas e hijos debido al cierre de las escuelas, que incluso propició su retiro de la fuerza laboral ante la imposibilidad de conciliar un empleo con las cargas domésticas adicionales que generó la pandemia por la COVID-19.

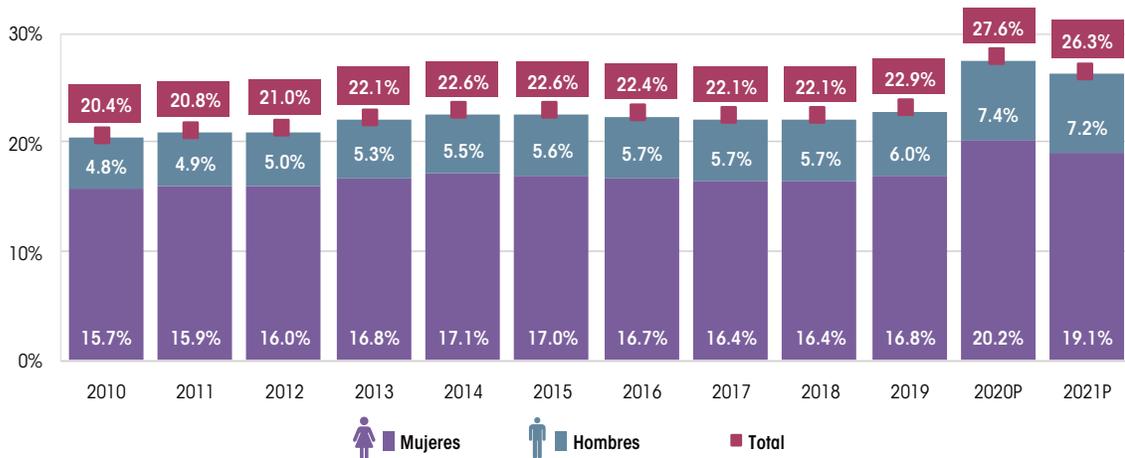
El trabajo doméstico y de cuidados no remunerado suele considerarse como un trabajo no calificado, de modo que, al restarle valor, favorece la discriminación hacia las mujeres (ONU Mujeres, 2015b). Según la ENUT 2019, del tiempo total de trabajo de la población de 12 años o más, 49.4% corresponde a trabajo no remunerado, 47.9% a trabajo para el mercado y 2.8% a la producción de bienes para uso exclusivo del hogar. Esto refleja que del total del tiempo de trabajo casi 5 de cada 10 horas que se destinan al trabajo y que contribuyen a la economía del país no se realiza ningún pago por ello (Inegi e INMUJERES, 2020).

La Cuenta Satélite del Trabajo No Remunerado de los Hogares se construyó con la finalidad de mostrar el valor económico del trabajo no remunerado que los miembros del hogar destinan a las labores domésticas y de cuidados, lo que permite dimensionar su aportación, en particular de las mujeres, al bienestar de la sociedad y la producción de servicios que el producto interno bruto (PIB) nacional no mide (Inegi, 2022a). A partir de las cifras de la Cuenta Satélite (Inegi, 2022f), se observa que el valor económico del trabajo no remunerado en labores domésticas y de cuidados creció a la par que su participación en el PIB nacional.

En 2010, el valor del trabajo no remunerado en las labores domésticas y de cuidados realizadas por las personas mayores de 12 años integrantes de los hogares representó 20.4% del PIB, esto es, 2.7 billones de pesos a precios corrientes. Para 2021 tal participación equivalió a 6.8 billones de pesos a precios corrientes, es decir, 26.3% del PIB; de este porcentaje, las mujeres contribuyeron con 19.1% y

los hombres con 7.2%, lo que significa que las mujeres aportaron casi tres veces más valor económico en el trabajo doméstico no remunerado que los hombres (gráfica 8).

Gráfica 8. Participación del valor del trabajo no remunerado en labores domésticas y de cuidados respecto al Producto Interno Bruto. México, 2010-2021 (porcentaje del PIB a precios corrientes)



Nota: la suma de los parciales puede no coincidir con los totales debido al redondeo de las cifras. P - cifras preliminares

Fuente: elaboración del CONEVAL con información del Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuenta Satélite del Trabajo No Remunerado de los Hogares de México, 2021 preliminar. Año Base 2013, reportada por el Inegi.

De las funciones que comprende el trabajo no remunerado de los hogares, en 2021 las actividades de cuidados y apoyo contribuyeron con 26.7% del valor económico, seguidas de las de alimentación (21.8%), las de limpieza y mantenimiento de la vivienda (21.0%), y las compras y administración del hogar (13.2%). De estas actividades, la aportación de las mujeres al valor económico es, otra vez, mayor que la de los hombres (figura 6).

Figura 6. Valor económico porcentual de las labores domésticas y de cuidados según tipo de función y sexo. México, 2021



Nota: cifras preliminares. La suma de los parciales puede no coincidir con los totales debido al redondeo de las cifras.

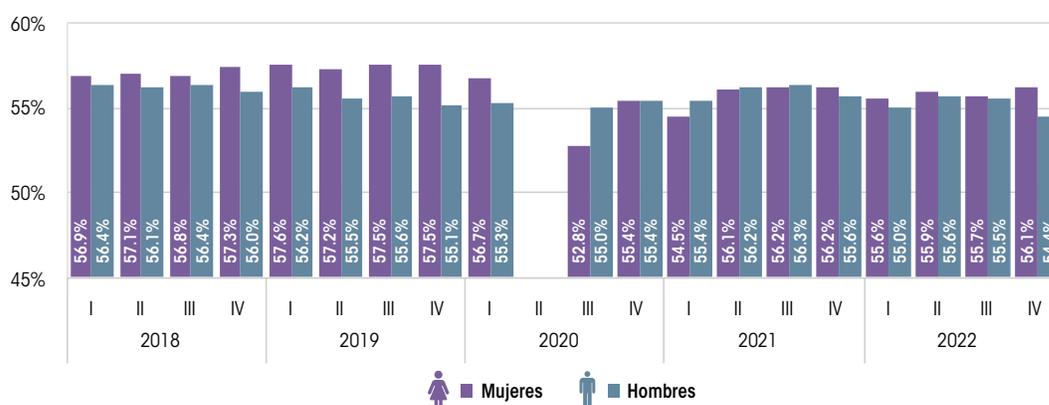
Fuente: elaboración del CONEVAL con información del Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuenta Satélite del Trabajo No Remunerado de los Hogares de México, 2021 preliminar. Año Base 2013, reportada por el Inegi.

La Cuenta Satélite de Trabajo No Remunerado de los Hogares también permite conocer el valor económico neto anual por persona que lleva a cabo labores domésticas y de cuidados. En 2021 registró un monto promedio anual de 51,425.0 pesos; de este, cada mujer realizó trabajo doméstico y de cuidados no remunerado equivalente a 71,524.0 pesos anuales, mientras que el monto de los hombres ascendió a 28,831.0 pesos anuales.

En 2021 la contribución al valor económico del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado de las mujeres hablantes de lengua indígena fue de 79,341.0 pesos al año, en tanto que las mujeres no hablantes de lengua indígena efectuaron el equivalente a 70,918.0 pesos anuales. Asimismo, si una mujer estaba casada o vivía en unión libre, su aporte ascendió a 89,563.0 pesos, en tanto que el de las mujeres solteras correspondió a 41,838.0 pesos. Las mujeres en hogares con presencia de menores de 6 años contribuyeron, en promedio, con 93,080.0 pesos anuales, en particular por sus actividades de cuidados y apoyo (Inegi, 2022a).

El reparto desigual del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado en los hogares reduce las oportunidades de las mujeres de insertarse en el mercado de trabajo, limita su horario laboral y el lugar de trabajo, por lo que se ven orilladas a participar en la economía informal, donde encuentran suficiente flexibilidad, autonomía y proximidad geográfica como para compaginar el trabajo con sus actividades familiares (OIT, 2014); como consecuencia, las mujeres participan más en los empleos informales que los hombres. Información de la ENOE^N advierte que, al cuarto trimestre de 2022, el total de personas ocupadas en el sector informal abarcó a 32.2 millones; por lo tanto, la tasa de informalidad laboral fue de 55.1% de la población ocupada: 13.3 millones fueron mujeres (56.1%) y 18.9 millones fueron hombres (54.4%) (gráfica 9).

Gráfica 9. Tasa de informalidad laboral según sexo. México, primer trimestre de 2018-cuarto trimestre de 2022



Nota: debido a la contingencia sanitaria por COVID-19, el Inegi suspendió el acopio de información del segundo trimestre de 2020.
Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENOE y la ENOE^N reportadas por el Inegi.

Cabe señalar que, previo la pandemia por la COVID-19, el comportamiento de la tasa de informalidad permaneció relativamente estable para las mujeres, pero en descenso para los hombres; por ello, al cuarto trimestre de 2019 hubo una brecha de 2.4 puntos porcentuales desfavorable para las

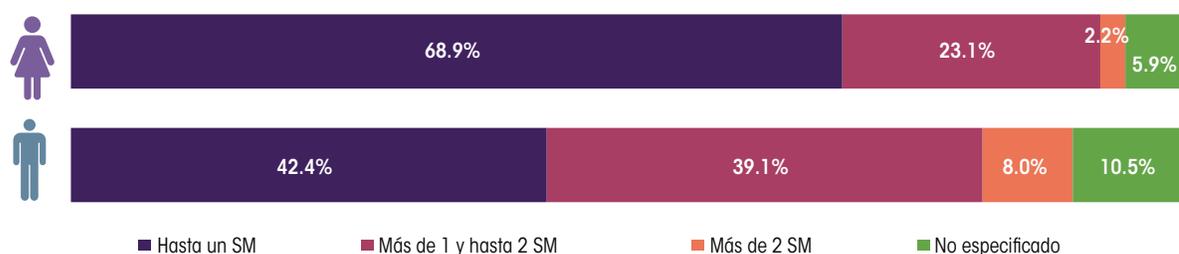
mujeres. Sin embargo, debido a la caída de la actividad económica, la tasa de informalidad laboral tuvo su punto más bajo en el tercer trimestre de 2020, y en el cuarto trimestre de 2022 la brecha fue de 1.7 puntos porcentuales, es decir, las mujeres continuaron mayormente empleadas en el sector informal (gráfica 9).

Según la ENOE^N, al cuarto trimestre de 2022, 2.5 millones de personas de 15 años o más se dedicaban al trabajo doméstico remunerado, una de las ocupaciones con el porcentaje más elevado de empleo informal (Inegi, 2023b). De las personas ocupadas en el trabajo doméstico remunerado, durante este mismo periodo 2.4 millones formaba parte del sector informal (correspondiente a 4.0% de las personas ocupadas y 96.1% de las personas ocupadas en trabajo doméstico remunerado), de las cuales 91.9% eran mujeres y 8.1% eran hombres.

El trabajo doméstico remunerado fue otro de los sectores más afectados por la crisis ocasionada por la COVID-19 ya que, además de su alta precarización, las medidas de restricción a la movilidad para evitar contagios afectaron severamente el empleo en esta ocupación pues las tareas que conlleva imposibilitan su realización a distancia (CEPAL, 2021). Con base en los datos de la ENOE del primer al tercer trimestre de 2020, alrededor de medio millón de mujeres dejaron de ocuparse en trabajo doméstico remunerado en el sector informal, es decir, poco más de 20%.

Las mujeres, además de tener empleos precarios e infravalorados, deben enfrentarse a las brechas salariales. Datos de la ENOE^N del cuarto trimestre de 2022 muestran diferencias en los niveles de ingresos entre mujeres y hombres ocupados en el trabajo doméstico remunerado en el sector informal; al respecto, 68.9% de las mujeres trabajadoras del hogar percibió hasta un salario mínimo y lo mismo ocurrió a 42.4% de los hombres. En cambio, mientras 8.0% de los hombres trabajadores del hogar percibió dos o más salarios mínimos, apenas 2.2% de las mujeres ocupadas se ubicó en este nivel de salario (gráfica 10).

Gráfica 10. Porcentaje de personas ocupadas en el trabajo doméstico remunerado en el sector informal según salarios mínimos y sexo. México, cuarto trimestre de 2022



SM: salario mínimo

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENOE^N reportada por el Inegi.

Las personas trabajadoras domésticas se cuentan entre los grupos más explotados del mundo, para quienes existe mínima regulación y acompañamiento a través de la legislación laboral, insuficiente protección al salario mínimo y regulación de la jornada laboral, y escaso número de prestaciones so-

ciales (OXFAM, 2020). Participar en el trabajo informal implica carecer de protección en materia de seguridad social (servicios de salud y pensiones), de acceso a prestaciones y de estabilidad laboral. En México, la formalización del contrato de trabajo suele asociarse en la práctica con el acceso a prestaciones laborales y a seguridad social, es decir, al disfrute de los derechos laborales, incluida una mejor remuneración (CONEVAL, 2022c).

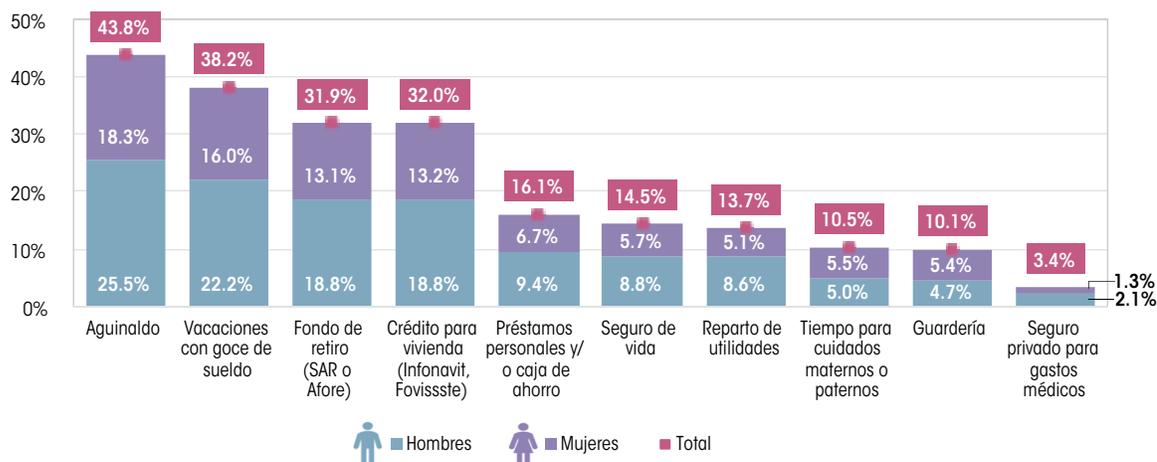
Durante 2019 se puso en marcha la prueba piloto para la incorporación de las personas trabajadoras domésticas al Régimen Obligatorio del Seguro Social y de esta forma reconocer su derecho a este; en la primera fase de la prueba piloto el registro de las personas trabajadoras del hogar por parte de sus empleadores era voluntaria, mientras que en la segunda fase se estableció como obligatoria. A partir de lo anterior se identificó un crecimiento de la población afiliada de este sector; con base en la ENOE, en abril de 2019 había 3,848 personas trabajadoras del hogar incorporadas ante el IMSS y en enero de 2022 la cifra llegaba a 43,158.

Aunque el incremento es significativo, al compararlo con el universo de personas trabajadoras del hogar la cobertura es baja, pues según datos de la ENOE, el total de estas sumaba alrededor de 2.3 millones de personas entre el primer trimestre de 2019 y 2021. Esto significa que aún hay retos importantes para garantizar el acceso a las prestaciones laborales y el ejercicio del derecho a la seguridad social de esta población (CONEVAL, 2022c).

Los arraigados prejuicios y estereotipos de género inciden en la permanencia de las mujeres en el mercado de trabajo, vulneran su estabilidad laboral, producen incertidumbre en cuanto a contar con ingresos, impiden la acumulación de antigüedad y, por ende, afectan el acceso a prestaciones vinculadas a esta, ya que una trayectoria estable favorece la capacidad de disponer de una vivienda y el ahorro para las pensiones (CONEVAL, 2018b). Al respecto, la ENOE y la ENOE^N arrojan que la antigüedad promedio en el último trabajo de la población ocupada en 2022 fue de 8.9 años; en el caso de las mujeres fue de 7.4 años frente a 10.0 años de los hombres. Cabe destacar que no hubo cambios entre 2018 y 2022, aunque los hombres fueron favorecidos con trabajos más estables pues alcanzaron más años de antigüedad en sus empleos.

Las condiciones diferenciadas en el ejercicio del derecho al trabajo influyen en el conjunto de prestaciones laborales al que accede la población. Al primer trimestre de 2022, 43.8% de la población ocupada recibió aguinaldo: 25.5% de hombres y 18.3% de mujeres. Referente a las vacaciones con goce de sueldo, 38.2% de las personas ocupadas manifestó tener esa prestación laboral: 22.2% de hombres y 16.0% de mujeres. El fondo para el retiro y el crédito para la vivienda fueron prestaciones a las que accedió casi una tercera parte de la población ocupada (31.9% y 32.0%, respectivamente); en ambas prestaciones, 18.8% corresponde a los hombres ocupados, frente a 13.1% y 13.2%, de cada una, a mujeres ocupadas (gráfica 11).

Gráfica 11. Porcentaje de personas ocupadas con prestaciones laborales según sexo. México, 2022



Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENOE^N reportada por el Inegi.

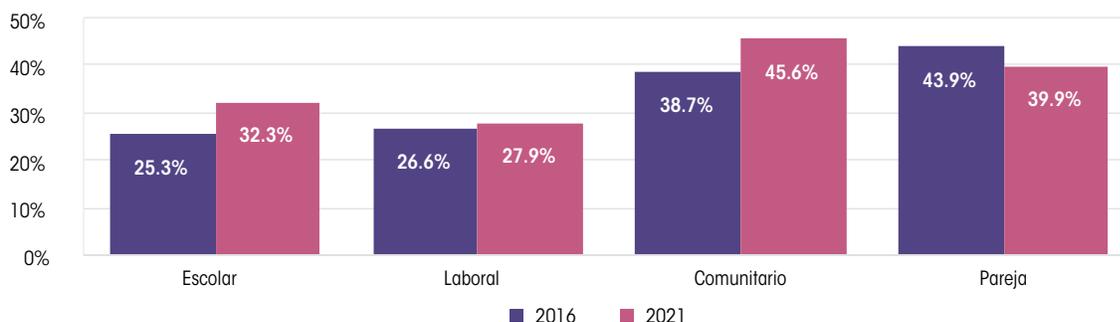
La población ocupada que manifestó tener como prestación laboral el acceso a guarderías fue de 10.1%: 5.4% de mujeres y 4.7% de hombres. Para ese mismo periodo, la prestación relacionada con el tiempo de cuidados maternos o paternos benefició a 10.5% de la población ocupada: 5.5% de mujeres ocupadas y 5.0% de hombres ocupados. La prestación menos reportada por las personas ocupadas fue el seguro privado para gastos médicos (3.4%): 2.1% de hombres ocupados contra 1.3% de mujeres ocupadas (gráfica 11).

El empleo formal se vincula al acceso a prestaciones y a la seguridad social y, aunque no es obligatorio firmar un contrato escrito, la formalización del contrato de trabajo suele asociarse en la práctica con un mayor ejercicio de los derechos laborales (CONEVAL, 2022c). Durante el periodo de 2018 a 2022, la proporción de personas trabajadoras subordinadas y remuneradas con contrato escrito en su ocupación mostró una evolución positiva, al pasar de 53.2% en el primer trimestre de 2018 a 57.5% al cuarto trimestre de 2022. En este último lapso, las mujeres con contrato superaron a los hombres (59.8% de mujeres frente a 55.9% de hombres). Asimismo, en el primer trimestre de 2018 las personas trabajadoras asalariadas sin contrato, pero con acceso a prestaciones fue de 26.1% (10.9% de mujeres frente a 15.2% de hombres), y en el cuarto trimestre de 2022 fue de 24.7% (10.5% de mujeres y 14.1% de hombres).

La violencia de género se presenta en los diversos ámbitos de la vida de las mujeres, con consecuencias a corto y largo plazo, al impedirles una participación social plena y en igualdad (ONU Mujeres, s.f.). De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (EN-DIREH) (Inegi, 2022c), 70.1% de las mujeres de 15 años o más informó en 2021 haber sido víctima de algún acto de violencia; esto significó un incremento de 4.0 puntos porcentuales respecto a 2016 (66.1%); en el ámbito escolar ascendió a 32.3%, incrementándose frente a 2016, cuando la prevalencia fue de 25.3% (gráfica 12). Esta situación constituye un factor decisivo para que las mujeres dejen de estudiar y no alcancen sus metas educativas, pues las trayectorias escolares interrumpidas

pueden limitar las opciones laborales de las mujeres y las exponen a otros tipos de violencia en los espacios laborales.

Gráfica 12. Prevalencia de violencia contra las mujeres de 15 años o más a lo largo de la vida por ámbito. México, 2016 y 2021



Nota: la prevalencia de violencia contra las mujeres es la proporción de mujeres de 15 años o más que experimentó una o más situaciones de violencia en un momento específico o durante un periodo de tiempo determinado.

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENDIREH reportada por el Inegi.

Asimismo, de 2016 a 2021 la prevalencia de violencia contra las mujeres en el ámbito laboral se incrementó de 26.6% a 27.9% (gráfica 12). Dichos actos de violencia que viven las mujeres en el trabajo pueden ser determinantes y podrían orillarlas al abandono temporal o definitivo del mercado laboral, pues estos alteran sus relaciones interpersonales y su entorno laboral, además de repercutir en su salud mental y física (Barling, 1996).

En 2021, cerca de 7.9 millones de mujeres (19.7%) de 15 años o más que habían trabajado, refirió haber experimentado algún incidente de violencia laboral a lo largo de su vida: 12.2% dijo que padeció violencia psicológica en la forma de degradación, intimidación o acoso; 1.9% violencia física, y 14.4% violencia sexual. Entre las manifestaciones de violencia sexual que más mujeres reportan está la intimidación sexual (12.2%), que implica recibir comentarios con insinuaciones sexuales insultos, ofensas o piropos groseros de índole sexual o sobre su cuerpo; también aseguraron haber sentido miedo de ser atacada o ser abusada sexualmente. Por su parte, las mujeres que declararon haber sido acosadas u hostigadas sexualmente (5.0%) mediante propuestas o insinuaciones para tener relaciones sexuales a cambio de mejoras o beneficios en el trabajo, o por negarse a acceder a estas, fueron objeto de represalias.

La violencia en el espacio laboral tiene múltiples manifestaciones y cada mujer puede ser víctima de una o más de ellas; por ejemplo, la discriminación laboral es un tipo de violencia que limita la trayectoria de las mujeres en el mercado de trabajo. Datos de la ENDIREH 2021 muestran que 21.7% de las mujeres asalariadas de 15 años o más experimentó discriminación laboral en los últimos 12 meses: 10.8% menciona haber tenido menos oportunidades que un hombre para ascender; 9.8% reporta que le pagaron menos que a un hombre por hacer el mismo trabajo o tener el mismo puesto;

6.3% señaló que le impidieron o la limitaron para realizar determinadas tareas o funciones porque estaban reservadas para los hombres. En este sentido, la discriminación que viven las mujeres en el espacio laboral suele estar relacionada con su género.

De igual forma, la discriminación está relacionada con estereotipos y roles sociales asignados a las mujeres. El estigma en torno al embarazo y la maternidad en el mercado laboral suele conllevar actos de violencia en su contra pues se ha construido socialmente como una imposibilidad para el desarrollo de las mujeres (COPRED, 2023). De acuerdo con la ENDIREH 2021, en los últimos 12 meses, 4.0% de las mujeres asalariadas de 15 años y más se les exigió la prueba de embarazo como requisito para contratarlas o para conservar el trabajo; 3.2% reportó que no se le contrató, se le bajó el salario o fue despedida a causa de su edad, su estado civil o por tener hijos pequeños. Por su parte, 0.6% (99,606 mujeres) afirmaron que por embarazarse las despidieron, no les renovaron el contrato o les bajaron el salario. En resumen, las labores de cuidado debilitan el nexo de las mujeres con el mercado laboral, reducen la calidad de los puestos de trabajo a los que pueden acceder, lo que deriva en una sanción de carácter salarial, también conocida como "penalización de la maternidad" (ONU Mujeres, 2016c).

La relación de pareja es una circunstancia más en la que las mujeres viven violencia y que puede repercutir en su derecho al trabajo. De 2016 a 2021 la prevalencia de violencia contra las mujeres perpetrada por la pareja disminuyó de 43.9% a 39.9% (gráfica 12). De acuerdo con la ENDIREH 2021, 5.2% de las mujeres de 15 años o más que en ese momento o antes estaba unida reportó que su pareja peleaba con ellas o las maltrataba por decidir trabajar o estudiar, y otro 4.0% mencionó que su pareja reacciona de esa forma debido a que ella decidía qué hacer con el dinero que ganaba o del que disponía. Estas situaciones constituyen actos de violencia que condicionan su decisión de acceder a algún trabajo y que limitan su autonomía económica y el ejercicio de sus derechos.

Análisis del derecho a la seguridad social de las mujeres

El derecho a la seguridad social garantiza a todas las personas su dignidad humana ante circunstancias que las privan de su capacidad para ejercer plenamente sus derechos (CESCR, 2008). El fin fundamental de la seguridad social es dar certeza a las personas y a las familias, en la medida de lo posible, de que su nivel y calidad de vida no serán mermados por alguna eventualidad social o económica (OIT, 1984). De esta forma, el derecho a la seguridad social provee a los miembros de una sociedad de una serie de medidas públicas contra 1) la falta de ingresos procedentes del trabajo debido a enfermedad, invalidez, maternidad, accidente laboral, vejez o muerte de un familiar; 2) los gastos excesivos de atención de salud, y 3) el apoyo familiar insuficiente, en particular para los hijos y los familiares a cargo (CESCR, 2008).

En el artículo 123 de la CPEUM se definen las coberturas sociales mínimas que deben otorgarse a las y los trabajadores y a sus familias, las cuales comprenden "seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y

cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores” (DOF, 1917). Asimismo, el artículo 2 de la LSS establece que:

... la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado (DOF, 1995).

En el caso de México, dos sistemas configuran la protección social. El primero es el sistema de seguridad social contributivo, vinculado a la condición de ocupación formal de las personas, dado que atiende a las y los trabajadores en una relación formal de trabajo; es un paquete indivisible de beneficios que cubre riesgos derivados de la imposibilidad de obtener ingresos y, al ser obligatorio para todas las personas trabajadoras con una relación laboral subordinada, son derechos laborales adquiridos con cierto grado de estabilidad en el tiempo (CONEVAL, 2018c). La seguridad social contributiva se financia mediante el pago de cotizaciones obligatorias de las y los trabajadores, así como de las y los empleadores y el Estado.

En segunda instancia está el sistema de seguridad social no contributivo, el cual consta de un conjunto de programas sociales enfocados en atender a la población no asalariada formal; este se financia principalmente por los impuestos generales (CONEVAL, 2013, 2018c). En contraste con la seguridad social contributiva, la no contributiva cubre riesgos específicos de forma separada y son voluntarios; además, por ser iniciativas de administraciones o legislaturas particulares pueden modificarse o cancelarse con relativa facilidad (CONEVAL, 2018c).

Para el análisis de este derecho se aborda la protección social en su conjunto, es decir, tanto la seguridad social contributiva como la no contributiva, y se parte de la identificación de los principales riesgos asociados: a) acceso a la salud; b) el trabajo; c) la orfandad, discapacidad y vejez, y d) el ingreso (CONEVAL, 2018c). Con base en ello, a continuación, se analizan algunos indicadores para dar cuenta del ejercicio de este derecho en el caso de las mujeres.

Evolución del ejercicio del derecho a la seguridad social de las mujeres

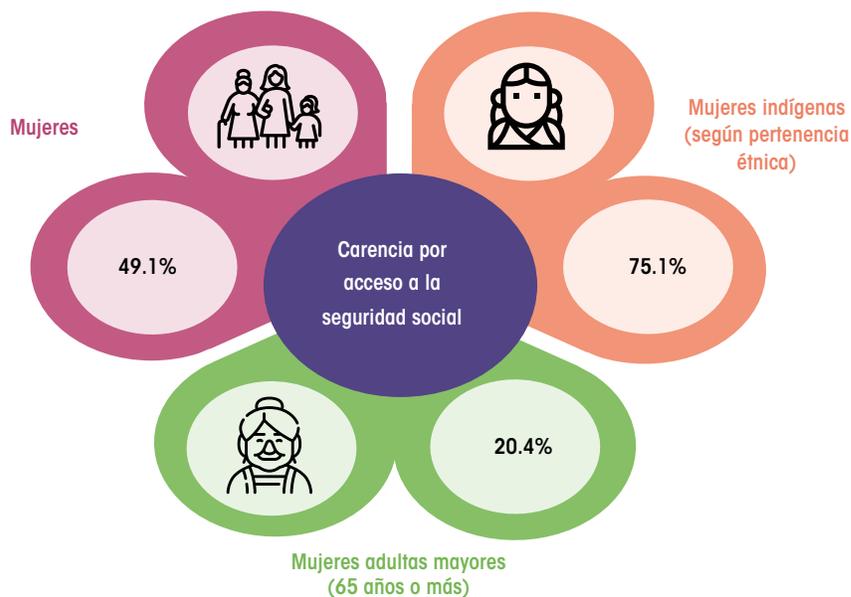
Como se señaló, la seguridad social en México tiene un estrecho vínculo con el estatus laboral de las personas. El sistema de seguridad social contributivo mexicano está integrado por instituciones públicas que prestan servicios a la población trabajadora y a sus familias; como su cobertura se centra en el trabajo asalariado, subordinado y formal, no es universal (Ramírez *et al.*, 2020).

Desde la primera medición de la pobreza en 2008, la carencia por acceso a la seguridad social ha reportado la incidencia más elevada en la población total; al respecto, en 2018 fue de 53.5% en 2020, de 52.0% y en 2022, de 50.2%. Para este último año, 33.0 millones de mujeres reportaron esta carencia, frente a 31.7 millones de hombres. Esto significa que, en 2022, 51.0% de las personas con carencia por acceso a la seguridad social fueron mujeres y 49.0% hombres, es decir, cerca de 1.3 millones de mujeres más que hombres. Cabe destacar que de 2020 a 2022 el número de mujeres

en dicha situación disminuyó en poco más de 350,000, pero en los hombres tal disminución superó los 900,000.

Pero la incidencia de la carencia es diferente de acuerdo con las características de las mujeres. En 2022, 20.4% de las mujeres de 65 años o más presentaba la carencia, misma que en el periodo de análisis mostró una tendencia a la baja, pues en 2018 equivalió a 40.5% y en 2020, a 27.6%. En cuanto a las mujeres indígenas (según pertenencia étnica), en 2018 padecieron esta carencia 77.6%; en 2020, 77.1% y en 2022, 75.1% (figura 7).

Figura 7. Porcentaje de mujeres con carencia por acceso a la seguridad social. México, 2022



Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH reportada por el Inegi.

Ya antes se indicó que las mujeres dedican la mayor parte de su tiempo al trabajo doméstico no remunerado debido a factores asociados a los roles de género en la sociedad y a la estructura de los hogares, por lo que una proporción elevada se inserta en el mercado laboral en condiciones desfavorables, en sectores de baja productividad y en condiciones de informalidad; por lo tanto, quedan excluidas de la cobertura de la seguridad social contributiva, lo que conlleva desprotección social, empobrecimiento y dependencia a instituciones de asistencia social (Mendizábal, 2007; Ramírez *et al.*, 2020).

Acorde con la afiliación a alguna institución de seguridad social por sector de actividad económica,¹² datos de la ENOE^N al cuarto trimestre de 2022 revelan que 91.7% de las personas ocupadas en el sector primario carecía de afiliación, al igual que 51.7% de aquellas ocupadas en el secundario y 58.1% en el terciario. Respecto al sector terciario, de las mujeres ocupadas, 61.9% no estaba afiliada a ninguna institución de seguridad social, frente a 54.3% de los hombres, evidencia de que las mujeres tienen menor protección al concentrarse en ocupaciones sin prestaciones laborales.



Las entrevistas revelan que la mayoría de las mujeres tienen una afiliación indirecta a las instituciones de salud a través de una figura masculina, ya sea su padre o pareja.

Las trayectorias laborales de las mujeres son más irregulares, producto de contextos y situaciones desiguales para insertarse y mantenerse en un trabajo formal y digno; por lo que acceden en menor medida a esquemas de seguridad social en las edades laborables y de retiro que los hombres (CONEVAL, 2021e). Al respecto, con datos de la ENIGH se concluye que, en 2016, por cada 100 hombres ocupados con acceso a seguridad social directa¹³ había 62.1 mujeres en dicha condición; en 2020 el panorama mejoró ligeramente, ya que esta razón fue de 65.4 mujeres por cada 100 hombres.

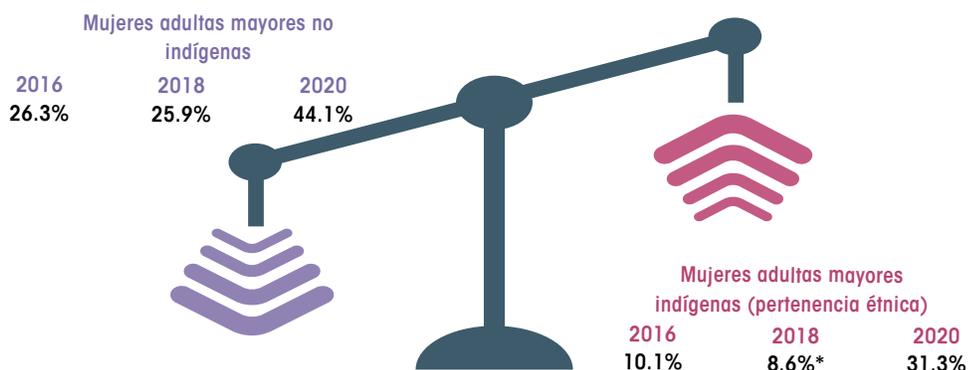
Por otro lado, la población de mujeres adultas mayores indígenas (según pertenencia étnica) con acceso directo a un esquema básico de seguridad social¹⁴ fue menor que la de no indígenas: en 2020, 31.3% y 44.1%, respectivamente (figura 8). Aunque la brecha ha disminuido 16.2 puntos porcentuales en 2016 a 12.8 en 2020, aún se observan diferencias marcadas en el acceso directo a la seguridad social de las mujeres adultas mayores, lo que puede generar situaciones de dependencia y vulnerabilidad, acentuadas aún más en el caso de las mujeres indígenas de la misma edad (CONEVAL, 2021e).

¹² Las actividades del sector primario comprenden la explotación de recursos naturales como agricultura, cría y explotación de animales, aprovechamiento forestal, pesca y caza; las del secundario consideran la transformación de bienes, y las del sector terciario se enfocan en la distribución de bienes, operaciones con información y con activos, servicios y gobierno (Inegi, s.f.).

¹³ De acuerdo con la *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México* desarrollada por el CONEVAL, una persona tiene acceso directo a la seguridad social si cumple con alguno de los siguientes criterios: es población ocupada subordinada con afiliación a servicios médicos por prestación laboral, o es población ocupada no asalariada o independiente que dispone de servicios médicos como prestación laboral o por contratación voluntaria y cuenta con SAR o Afore (CONEVAL 2019a).

¹⁴ Se considera que una persona cuenta con acceso directo a un esquema básico de seguridad social si es trabajadora subordinada y cuenta con las siguientes prestaciones provenientes de su trabajo: acceso a servicios médicos, incapacidad en caso de enfermedad, accidente o maternidad y SAR o Afore; si es trabajadora independiente y cuenta con las prestaciones de servicios médicos y SAR o Afore por parte de su trabajo o por contratación voluntaria; si reporta estar afiliada a alguna institución de seguridad social por jubilación o invalidez; si reporta ser pensionada o jubilada, o si reporta ingresos por pensiones o jubilaciones, o por programas de adultos mayores que asciendan al menos al valor de la canasta básica alimentaria (CONEVAL, 2021e).

Figura 8. Porcentaje de mujeres adultas mayores con acceso directo a un esquema básico de seguridad social según pertenencia étnica. México, 2016-2020



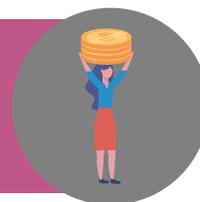
* Indica un coeficiente de variación (%) en el rango de (15, 25).

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH reportada por el Inegi.

El acceso diferenciado a la protección social ocasiona que las mujeres tengan un menor acceso a servicios médicos, cotizaciones a la seguridad social, atención ante riesgos de trabajo y maternidad, y pensiones. Así, segregación ocupacional, menor participación laboral, menos horas de trabajo remunerado y salarios más bajos son un conjunto de factores que tienen un impacto negativo en la trayectoria laboral de las mujeres. Por lo tanto, en general, las mujeres tienen menos derechos jubilatorios y menores beneficios que los hombres, puesto que los sistemas de pensiones están basados en el mercado laboral y en las contribuciones individuales (Arza, 2017).

Sobre las personas ocupadas que nunca han cotizado en alguna institución de seguridad social, la ENIGH precisa que las personas en esta situación pasaron de 45.1 % en 2016 y 2018 a 43.7 % en 2020. Acerca del total de mujeres ocupadas, 50.7 % no cotizó en 2016, cifra que en 2018 fue de 50.9 % y en 2020 fue de 48.9 %. En el caso de los hombres, fueron 41.2 % en 2016, 41.0 % en 2018 y 40.0 % en 2020; por lo tanto, aunque la brecha se redujo en los años recientes, en 2020 fue de 8.9 puntos porcentuales.

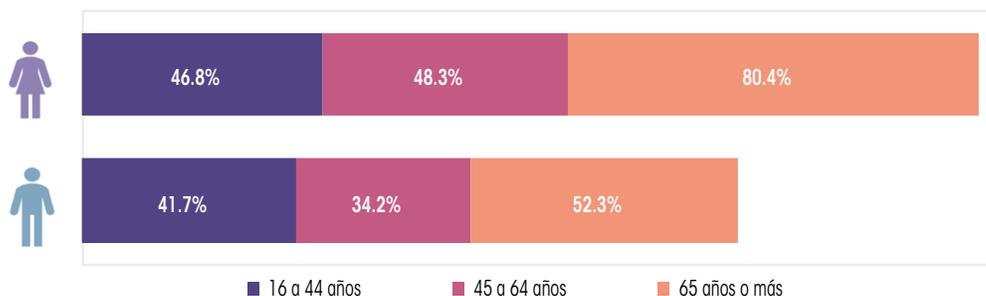
La mayoría de las mujeres entrevistadas que se encuentran ocupadas no cuentan con algún seguro de vida ni cotizan para una pensión para su vejez.



Al examinar la cotización a la seguridad social de las personas ocupadas según grupos de edad, se aprecian mayores diferencias entre mujeres y hombres (gráfica 13). Por lo que se refiere a la población de personas adultas mayores ocupadas (65 años o más), de 2016 a 2020 alrededor de 62 % nunca ha cotizado en alguna institución de seguridad social, situación que se agudiza para las mujeres de este grupo etario, pues casi 8 de cada 10 mujeres adultas mayores ocupadas no habían realizado ninguna aportación a las instituciones de seguridad social a lo largo de su vida productiva (en 2016 representó a 79.2 % de las mujeres ocupadas; en 2018, a 78.9 % y en 2020, a 80.4 %). En contraparte, de 2016 a 2020 alrededor de 53 % de los hombres de 65 años o más ocupados no había

cotizado a instituciones de seguridad social, situación que se traduce en una brecha que aumentó en el periodo de análisis. Tal diferencia entre mujeres y hombres fue de 25.7 puntos porcentuales en 2016, de 25.0 en 2018 y de 28.1 en 2020 (CONEVAL, 2022f).

Gráfica 13. Porcentaje de personas ocupadas que nunca han cotizado en alguna institución de seguridad social según sexo y grupos de edad. México, 2020



Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH reportada por el Inegi.

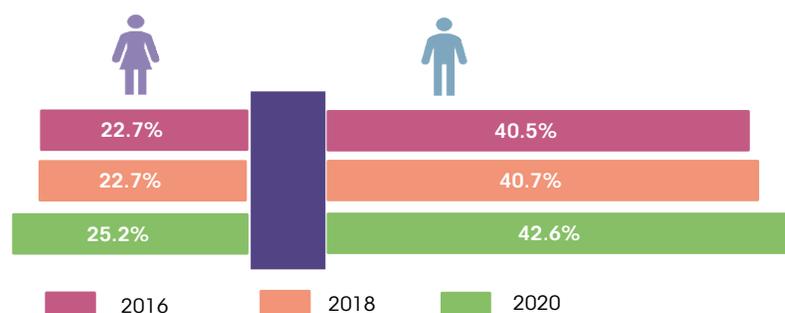
Como se indicó, ciertos elementos sociodemográficos multiplican las desventajas que enfrentan las mujeres. En el caso de las mujeres adultas mayores (65 años o más) que nunca han cotizado a una institución de seguridad social según pertenencia étnica y ámbito de residencia, se observan amplias brechas. Según la ENIGH, de 2016 a 2020 cerca de 98% de las mujeres adultas mayores indígenas (según pertenencia étnica) que residían en el ámbito rural nunca han cotizado a una institución de seguridad social (97.9% y 97.5% para cada año), en tanto que la población de mujeres adultas mayores no indígenas del ámbito urbano que se hallaban en esta misma situación pasó de 71.9% en 2016 a 67.4% en 2020; eso quiere decir que la brecha entre estos grupos de mujeres creció de 26.0 a 30.1 puntos porcentuales (CONEVAL, 2021e).

La mayoría de las diferencias entre mujeres y hombres adultos mayores resultan de desigualdades de género presentes en otras etapas de la vida, en donde se sitúa a las mujeres en desventaja en términos de bienestar social y económico. Debido a que el esquema contributivo de seguridad social en México guarda un vínculo directo con la condición laboral de las personas, y los beneficios se otorgan de forma primordial a la población que se encuentra en el mercado laboral formal, se observa una baja cobertura del sistema de pensiones.

En este aspecto, existe una diferencia en las pensiones a las que acceden las mujeres y los hombres, debido a que las trayectorias laborales de las mujeres son cortas y son interrumpidas por la responsabilidad que se les atribuye de cubrir las necesidades de cuidado y trabajo doméstico de los hogares (INMUJERES, 2015a). Como es menor la participación de las mujeres en empleos formales, tienen mayores dificultades en acumular el tiempo necesario para acceder a las prestaciones de seguridad social, lo que repercute en las pensiones de las que pueden ser beneficiarias en la vejez (Ramírez *et al.*, 2020).

De acuerdo con información de la ENIGH, el porcentaje de personas adultas mayores (65 años o más) que recibió una pensión contributiva¹⁵ permaneció casi constante de 2016 a 2018, al pasar de 30.8% a 30.9%, y aumentó en 2020 a 33.1%. En particular, las mujeres adultas mayores que recibieron una pensión contributiva en 2016 y 2018 fueron 22.7%, mientras que el porcentaje de hombres adultos mayores fue de 40.5% y 40.7% para cada año. En 2020 se observó un incremento tanto para mujeres (25.2%) como para hombres (42.6%), aunque la brecha permaneció por encima de 17 puntos porcentuales (17.8 para 2016; 18.0 para 2018 y 17.4 para 2020) (figura 9).

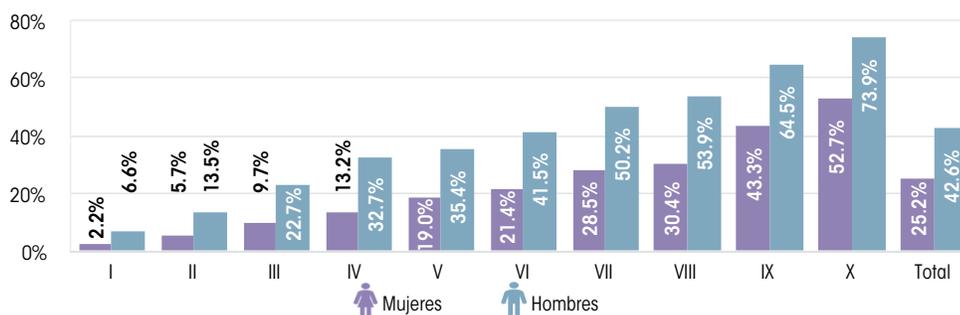
Figura 9. Porcentaje de personas adultas mayores (65 años o más) que reciben pensión contributiva según sexo. México, 2016-2020



Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH reportada por el Inegi.

El acceso al sistema de seguridad social contributivo para las personas adultas mayores (65 años o más) conlleva beneficios como contar con un ingreso a través de las pensiones, atención de la salud y servicios sociales para su autonomía y protección. Sin embargo, las desigualdades existentes en el mercado de trabajo y en el diseño de los regímenes de pensiones dan lugar a una baja cobertura con amplios sesgos de género y brechas existentes entre las mujeres (CONEVAL, 2021e).

Gráfica 14. Porcentaje de personas adultas mayores (65 años o más) que reportaron recibir transferencias monetarias por pensión o jubilación según sexo y decil de ingreso corriente total per cápita. México, 2020



Nota: se considera que una persona recibió transferencias monetarias por pensión o jubilación si reportó ingresos por las claves P032-Jubilaciones y/o pensiones originadas dentro del país y P033-Jubilaciones y/o pensiones provenientes de otro(s) país(es).

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH reportada por el Inegi.

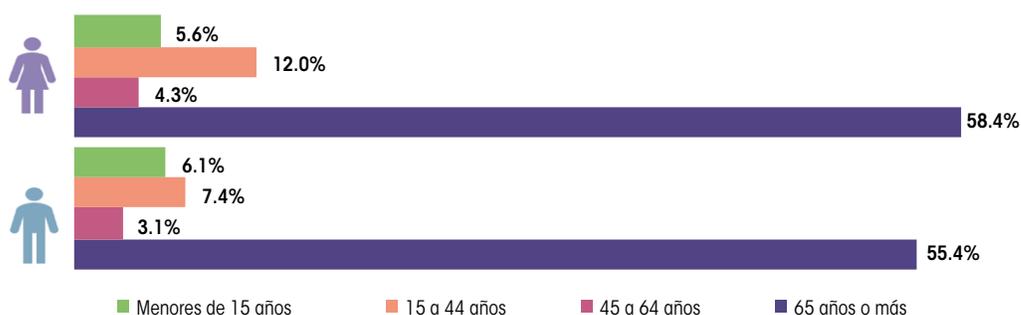
¹⁵ Las jubilaciones o pensiones por vejez del sistema contributivo son aquellas otorgadas principalmente a través del IMSS, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y de los esquemas especiales del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), Petróleos Mexicanos (Pémex) y regímenes estatales. Dichas pensiones están ligadas a una relación laboral y son financiadas con contribuciones tripartitas (trabajador o trabajadora, empleador o empleadora y Estado), solo por el Estado (en su carácter de empleador) o bien por el trabajador (esquema de cuentas individuales) (CONEVAL, 2021e).

Con base en cifras de la ENIGH 2020, mientras que 73.9% de los hombres adultos mayores (65 años o más) del último decil de ingreso recibió transferencias monetarias por pensión o jubilación contributiva¹⁶, esto sucedió en 6.6% para el decil con menores ingresos. En el caso de las mujeres adultas mayores (65 años o más), 52.7% de las pertenecientes al último decil recibió transferencias por pensión o jubilación de tipo contributivo, en comparación con 2.2% de las mujeres adultas mayores del primer decil de ingreso (gráfica 14).

Con la finalidad de incrementar la cobertura de la protección social, se han implementado programas no contributivos dirigidos a cubrir riesgos específicos asociados a la protección social, en particular a la salud y la vejez (CONEVAL, 2018c). Sobre ello, la ENIGH identificó que las personas que reportaron recibir transferencias monetarias por programas sociales de 2016 a 2020 mostraron una tendencia decreciente, al pasar de 17.2% en 2016 a 15.0% en 2018 y a 12.0% en 2020. En términos de la proporción de mujeres y hombres, las primeras son las que más reportaron recibir ingresos monetarios por este concepto, 21.4%, 19.3% y 13.4% para los años de referencia; cifras que en ese lapso para los hombres fueron 12.6%, 10.4% y 10.4%.

Asimismo, si se analiza el porcentaje de personas que reciben transferencias monetarias por programas sociales según grupos de edad, más de la mitad de las personas de 65 años o más afirmó percibir este tipo de ingresos; en 2020, 58.4% de las mujeres adultas mayores lo hizo, en contraste con 55.4% de los hombres adultos mayores (gráfica 15).

Gráfica 15. Porcentaje de personas que reportaron recibir transferencias monetarias por programas sociales según sexo y grupos de edad. México, 2020



Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH reportada por el Inegi.

Como ocurre en casi todos los países del mundo, las mujeres no solo viven más tiempo que los hombres, sino que tienen menos posibilidades de verse beneficiadas de seguridad en sus ingresos y su independencia económica en la vejez ya que, como se expuso antes, cotizan poco a la seguridad social, con la consecuencia de que en su edad de jubilación acceden a pensiones bajas (ONU Mujeres, 2015a). Las mujeres, al no acceder en igualdad a las principales fuentes de ingreso (sueldos

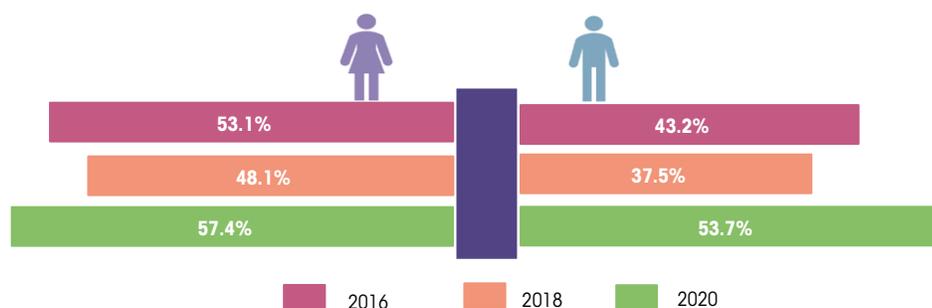
¹⁶ Se considera que una persona recibió transferencias monetarias por pensión o jubilación si reportó ingresos por las claves P032-Jubilaciones y/o pensiones originadas dentro del país y P033-Jubilaciones y/o pensiones provenientes de otro(s) país(es).

y salarios, jubilaciones y rentas de la propiedad), son más dependientes de las transferencias monetarias gubernamentales (CONEVAL, 2021b).

Aun cuando las pensiones de la vejez tienen la finalidad de contribuir a moderar la pérdida o disminución del ingreso de las personas al término de su vida productiva, las pensiones no contributivas no están ligadas al trabajo, sino que su financiamiento proviene del gasto público y se transfieren a través de programas sociales con la finalidad de proveer cierta protección económica a las personas en esta etapa de vida. Al respecto, el crecimiento de los programas de pensiones no contributivas responde a la baja cobertura del sistema de pensiones contributivas (Arza, 2017; CONEVAL, 2018c).

La ENIGH revela que, en 2016, 48.6% de las personas de 65 años o más recibió transferencias monetarias por programas para personas adultas mayores;¹⁷ en 2018, 43.2%, y en 2020 se reportó un aumento a 55.7%. Del análisis por sexo se observa que las mujeres son quienes más reportan beneficiarse de programas de pensiones no contributivas para personas adultas mayores, pero en 2020 el porcentaje de los hombres en dicha situación creció, lo que redujo la diferencia a 3.7 puntos porcentuales respecto a las mujeres (figura 10). La disminución de la brecha quizá se deba a que el programa federal de transferencias monetarias para personas adultas mayores se modificó en respuesta al enfoque universal del apoyo.¹⁸

Figura 10. Porcentaje de personas de 65 años o más que reportaron recibir transferencias monetarias por programas para personas adultas mayores según sexo. México, 2016-2020



Nota: se considera que una persona de 65 años o más recibió transferencias monetarias por programas para personas adultas mayores si reportó ingresos monetarios por Beneficios de otros programas para adultos mayores; además, en 2016 y 2018, por el Beneficio del Programa 65 y Más, y en 2020, por el "Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores".

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH reportada por el Inegi.

¹⁷ El indicador considera para los tres años de análisis la categoría Beneficios de otros programas para adultos mayores; además, en 2016 y 2018 incorpora el programa Pensión para Adultos Mayores y en 2020 el programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores.

¹⁸ Desde 2008 operaron programas federales de desarrollo social para atender a la población adulta mayor, entre ellos los que otorgan transferencias monetarias como Pensión para Adultos Mayores. En 2019 el rediseño de este programa dio paso al programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores con cambios sustanciales en la definición de Propósito, de la población objetivo y de los mecanismos de atención. Algunos de los cambios destacables son que el criterio para su población objetivo de la Pensión para Adultos Mayores eran personas con una edad mínima de 65 años que no recibían pensión contributiva, mientras que el criterio de elegibilidad de Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores fue la edad (65 años o más) y la priorización a partir de elementos geográficos: municipios y localidades con población mayoritariamente indígena o afromexicana o con alto o muy alto grado de marginación del país; la edad era de 68 años o más para la población no indígena. En 2021 se redujo la edad para ser beneficiario del programa (65 años o más) y se eliminó el requisito de pertenecer a la población indígena (CONEVAL, 2022e).

No obstante, más de 40% de las mujeres adultas mayores dijo que su principal fuente de ingreso monetario provenía de programas sociales. Información de la ENIGH indica que, en 2016, lo fue para 44.5% de las mujeres adultas mayores; en 2018, para 40.2% y en 2020, para 42.8%. En el caso de los hombres, para 20.4%, 20.1% y 23.6% en esos mismos años. Esto refleja las limitaciones que las mujeres suelen enfrentar para generar ingresos y la acumulación de desventajas que se traducen en amplias desigualdades a lo largo de su vida.



La mayoría de las mujeres adultas mayores entrevistadas no están afiliadas a alguna institución de salud ni cuentan con un seguro de vida. Todas las mujeres entrevistadas de este grupo etario reciben apoyos gubernamentales mediante la Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores.

Como se observó en el análisis del derecho al trabajo, la baja participación de las mujeres en la fuerza laboral obedece a patrones culturales y factores tanto sociales como estructurales que conllevan la asignación de actividades en función del género; el efecto es que las mujeres han tenido que asumir el rol principal en la realización de trabajo no remunerado en el hogar como la crianza y cuidado de las y los hijos, de personas enfermas y de personas adultas mayores; lo que resulta en limitaciones en el tiempo que podrían dedicar al empleo remunerado. A lo anterior se agrega la poca asequibilidad y disponibilidad de opciones para el cuidado de las niñas y niños (CONEVAL, 2019b).

Los servicios de cuidado infantil en América Latina y el Caribe se concibieron para facilitar la incorporación y la permanencia de las mujeres en el mercado laboral (CONEVAL, 2023b). En México, las prestaciones laborales en materia de cuidado (por ejemplo, los servicios de atención y desarrollo integral infantil públicos) dependen del esquema de seguridad social al que la madre, padre o tutor se encuentre inscrito. Los esquemas contributivos incorporan la provisión de cuidados principalmente a través de los servicios de guarderías propias o subrogadas a particulares a las que acceden solo los derechohabientes en especial del IMSS y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En cambio, los servicios no contributivos a los que pueden acceder las personas que no cuentan con seguridad social están conformados por centros de atención infantil a cargo de la Secretaría de Bienestar (Bienestar), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) y la Secretaría de Educación Pública (SEP); asimismo, hay servicios de cuidado infantil privados. Cada institución posee una población objetivo, una modalidad y un modelo de atención diferenciado acorde con la finalidad de los servicios de cuidado (CONEVAL, 2019b; CONEVAL y UNICEF, 2022).

Si bien aumentó la demanda de los servicios de cuidado infantil, la oferta de estos fue limitada y restringida, a juzgar por el horario de atención, el espacio físico y la lejanía de las comunidades más dispersas o marginadas, circunstancia por la que incluso las personas que cuentan con esta prestación laboral no acceden a ella de manera efectiva (CONEVAL y UNICEF, 2022). Además, ya que la oferta de servicios de cuidado de las instituciones privadas es costosa, pagar el servicio limita la capacidad del hogar de gastar en otros bienes o servicios. En concreto, para aquellos hogares

que no pueden costearlo implica que ellos mismos deben asumir esas labores, y dado que para una mujer el costo de oportunidad de mantenerse fuera del mercado laboral para prestar servicios de cuidado no remunerados en la familia es menor que para un hombre (Cejudo *et al.*, 2017), es decir, como las mujeres tienen acceso a menores remuneraciones, puestos de jerarquía bajos en el mercado laboral o se emplean en la informalidad, se incentiva la perpetuación de la desigual distribución de las actividades en los hogares y limita la participación de las mujeres en actividades laborales remuneradas (CONEVAL y UNICEF, 2022) y en el mercado formal, lo que les permitiría tener acceso directo a las prestaciones de la seguridad social.

Análisis del derecho a la salud de las mujeres

El derecho a la salud en México se plasma en el artículo 4° de la CPEUM, el cual reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Con este antecedente se expide la Ley General de Salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud que sienta las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud y define que “se entiende por salud un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; dicha definición proviene del PIDESC y es la que se toma como referencia a efectos de esta evaluación.

Evolución del ejercicio del derecho a la salud de las mujeres

Existen disparidades entre mujeres y hombres en cuanto al acceso a recursos en materia de salud, no solo por las características biológicas propias de cada sexo correspondientes a la mortalidad y la morbilidad que aquejan a las personas, sino también por las pautas sociales que regulan las relaciones de género y que resultan en desigualdades que posicionan a las mujeres en desventaja respecto a la protección de su salud. Por ello, la salud de hombres y mujeres amerita un trato distinto, pues ambos desempeñan roles específicos que se desarrollan en espacios determinados y tienen estilos de vida propios, lo que conlleva una exposición a riesgos particulares. En consecuencia, mujeres y hombres viven de manera desigual las consecuencias de la enfermedad y tienen acceso diferencial a los servicios de salud (INMUJERES y UNIFEM, 2002).

El Sistema Nacional de Salud (SNS) está conformado por instituciones públicas¹⁹ con instrumentos contributivos, instituciones públicas con instrumentos no contributivos²⁰ e instituciones privadas. Esta configuración se traduce en una diferenciación de la cobertura y atención por parte de las instituciones y, por lo tanto, en una desventaja en el acceso y uso efectivo de los servicios de salud para la población que carece de seguridad social (CONEVAL, 2022d).

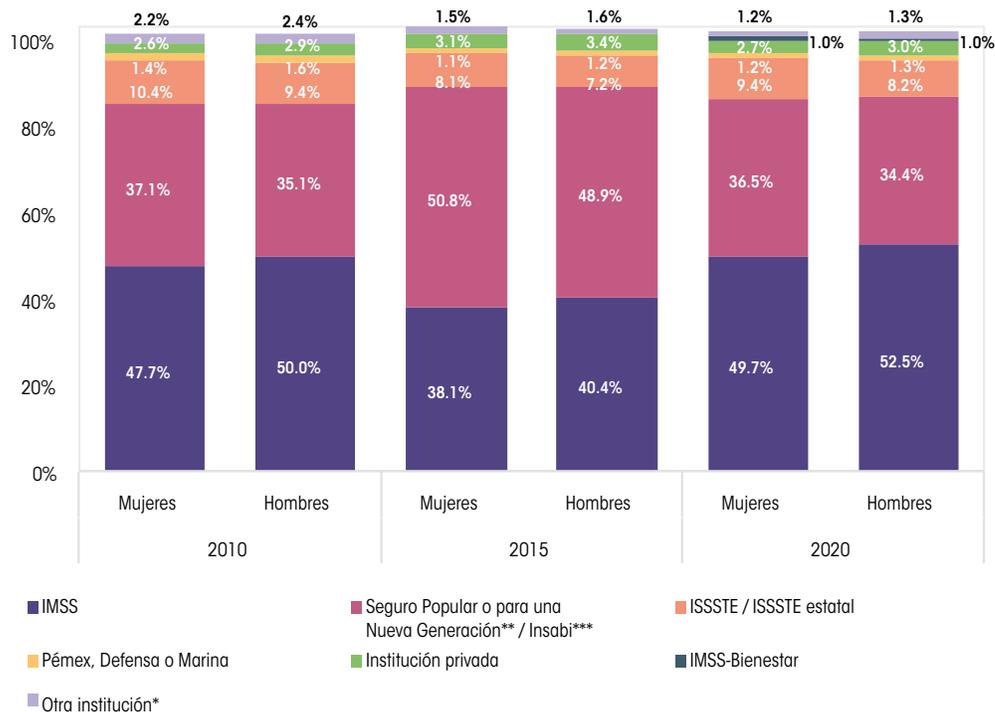
De acuerdo con la financiación de las instituciones, destaca que los hombres estaban afiliados en mayor medida a instituciones con instrumentos contributivos [IMSS, ISSSTE, Pémex, Defensa (Sedena)

¹⁹ Las instituciones públicas comprenden las que ofrecen servicios y prestaciones a los trabajadores en una relación de subordinación y a estudiantes (IMSS, ISSSTE, ISSFAM y Pémex); otras prestan servicios a la población sin seguridad social a través de instituciones de la Secretaría de Salud, de los Servicios Estatales de Salud (SESA) y del Programa IMSS-Bienestar, primordialmente (CONEVAL, 2022d).

²⁰ Los instrumentos contributivos son financiados por los propios beneficiarios, mientras que los no contributivos son subvencionados por los impuestos generales y otros ingresos públicos no tributarios con propósitos redistributivos (CONEVAL, 2022d).

o Marina (Semar)], es decir, aquellos relacionados con prestaciones laborales, en tanto que las mujeres en mayor proporción que los hombres, se encontraban afiliadas a sistemas no contributivos como el Seguro Popular/Insabi (gráfica 16).

Gráfica 16. Porcentaje de personas según condición de afiliación a servicios de salud, sexo e institución. México, 2010, 2015 y 2020



Nota: el porcentaje para cada institución de servicios de salud se obtuvo respecto a la población afiliada. La suma de los porcentajes puede ser mayor de 100%, debido a que las personas pueden estar afiliadas a más de una institución de salud.

* Incluye instituciones de salud públicas o privadas.

** Incluye al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que coordina la Secretaría de Salud.

*** En enero de 2020 entró en funciones el Insabi; sin embargo, se incluye también la población que declaró estar afiliada al Seguro Popular (SP).

Fuente: elaboración del CONEVAL con información de la Encuesta Intercensal 2015 y el Censo de Población y Vivienda 2010 y 2020 reportada por el Inegi.

Casi todas las personas estaban afiliadas al IMSS y al Seguro Popular (SP), con variaciones debido a cambios institucionales. De 2010 a 2015, al haber un incremento en la afiliación al entonces SP, se convirtió en el principal proveedor de servicios de salud, sobre todo entre las mujeres. Esto permitió un incremento en la afiliación a los servicios de salud en el país, pues de 2010 a 2015 las personas afiliadas aumentaron de 64.6% a 82.2% (gráfica 17). Así, el avance en la cobertura dio paso a una reducción en la carencia por acceso a los servicios de salud (CONEVAL, 2019c).

Gráfica 17. Porcentaje de personas afiliadas a servicios de salud según sexo. México, 2010, 2015 y 2020



Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la Encuesta Intercensal 2015 y el Censo de Población y Vivienda 2010 y 2020 reportados por el Inegi.

El avance en la población afiliada mediante instrumentos no contributivos benefició sobre todo a quienes laboraban en el sector informal, constituido en mayor medida por mujeres, de modo que, al analizar a la población afiliada en el país, la diferencia las favorece pues la brecha frente a los hombres oscila entre 3.5 y 3.2 puntos porcentuales (gráfica 17). El estudio de la población afiliada por grupos etarios arroja una tendencia al alza en la afiliación conforme aumenta la edad de las personas. En virtud de ello, en 2020, la población de 65 años o más constituyó el grupo con mayor proporción de personas afiliadas a los servicios de salud (81.1%), con 81.9% de mujeres y 80.2% de hombres. Así, el porcentaje más elevado de mujeres afiliadas, en particular a instituciones con instrumentos no contributivos, podría deberse al propio diseño institucional de estos, que reconocen la vulnerabilidad de las mujeres en materia de salud (INMUJERES, s.f.).

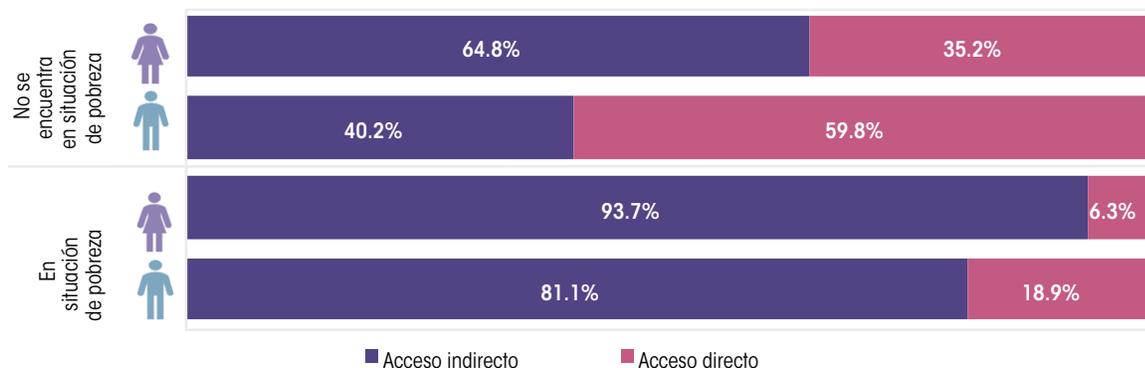
Para 2020 el avance en el acceso a los servicios de salud fue contrarrestado por un descenso de 8.7 puntos porcentuales en la afiliación; las mujeres afiliadas pasaron de 83.7% en 2015 a 75.0% en 2020; entre los hombres el descenso fue de 80.5% a 71.9% en esos mismos años. Tal disminución ocurrió en un momento de transición administrativa y operativa entre la creación del Insabi y la desaparición del SP. De hecho, la disminución de las personas que reportaron estar afiliadas al SP o tener derecho a los servicios del Insabi decreció de 2015 a 2020, pues tanto para mujeres como para hombres la disminución fue de poco más de 14 puntos porcentuales. Un factor que pudo influir en el incremento de la carencia por acceso a los servicios de salud fue el desconocimiento de la población sobre el acceso al SP o el derecho a los servicios de salud del Insabi (CONEVAL, 2021c).

De esta manera, en 2020 el IMSS se convirtió en el principal organismo público al que estaban afiliadas las personas, principalmente los hombres. Debido a que esta institución está vinculada al empleo asalariado, donde principalmente se encuentran los hombres, las mujeres suelen ser be-

neficiarias indirectas mediante un titular que casi siempre es un hombre. Por lo anterior, es preciso distinguir la preeminencia de la afiliación indirecta femenina a los sistemas de salud, frente a la de su contraparte masculina.²¹

Entonces, como se ha señalado previamente, el acceso a los servicios públicos de salud es determinado por la condición laboral de las personas, por lo tanto, ya que las mujeres se concentran principalmente en el sector informal o se encuentran fuera del mercado de trabajo, no acceden a las instituciones de seguridad social, lo que contribuye a la diferenciación de la atención de la salud. En 2020, 59.8% de los hombres que no se encontraban en situación de pobreza tenían acceso directo a los servicios públicos de salud, frente a 35.2% de las mujeres en igual situación, es decir, una brecha de poco más de 24 puntos porcentuales. Por otro lado, de las mujeres en situación de pobreza, 6.3% tenía acceso directo, es decir que poco más de 9 de cada 10 de estas mujeres dependían de otra persona para acceder a los servicios de salud (gráfica 18).

Gráfica 18. Porcentaje de personas derechohabientes por procedencia directa según sexo y situación de pobreza. México, 2020



Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH reportada por el Inegi.

En el caso específico de las mujeres indígenas según pertenencia étnica que por la intersección de su género y condición socioeconómica se posicionan en una situación aún más vulnerable, 10.0% tenía acceso directo a los servicios de salud en 2020 frente a 26.0% de mujeres no indígenas.

Lo anterior confirma la posición de dependencia y vulnerabilidad de las mujeres pues para acceder a los servicios de salud su incorporación está sujeta a estrategias gubernamentales y a sus relaciones familiares y conyugales. En adición, como se mencionó con anterioridad, su menor acceso a la salud como titular esta mediado por su inserción en el mercado laboral y por la sobrerrepresentación femenina en ocupaciones no cubiertas por la seguridad social, como el trabajo en el sector informal y el empleo a tiempo parcial (CONEVAL, 2021b).

²¹ Las personas cuentan con acceso a servicios de salud por procedencia directa cuando la inscripción o afiliación a las instituciones de seguridad social es por trabajo, jubilación o invalidez, contratación propia o porque se cuenta con un seguro privado de gastos médicos. Por otro lado, la procedencia indirecta es cuando se transfiere el derecho a los servicios médicos a algún familiar dentro o fuera del hogar por razón de parentesco o por muerte de la persona asegurada; la procedencia indirecta también considera la afiliación por ser estudiante, o bien si la persona está inscrita al Insabi (antes SP) o al IMSS-Bienestar (antes IMSS-Prospera) (CONEVAL, 2021b).

La información de las mujeres indígenas entrevistadas revela que en su mayoría no están afiliadas a alguna institución de salud, situación opuesta a la de las mujeres no indígenas.



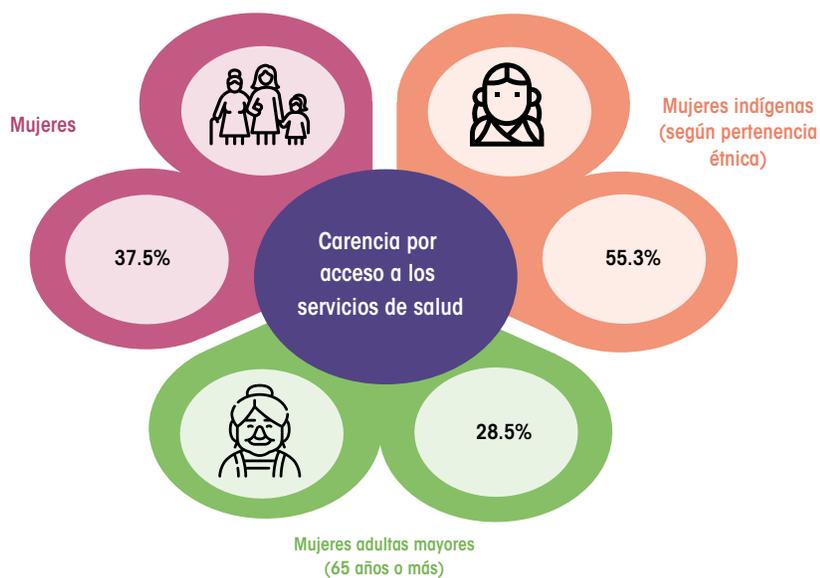
En el tema del acceso a los servicios de salud, según la *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México* desarrollada por el CONEVAL (2019a), una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluido el SP, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pémex, ISSFAM), o los servicios médicos privados, o bien, no reportó tener derecho a recibir los servicios que presta el Insabi²² en 2020 y 2022.

Dicha carencia apunta al mínimo que el Estado debe garantizar para que una persona ejerza su derecho a la salud, ya que para que las personas accedan los servicios de salud, la afiliación es apenas el primer paso (CONEVAL, 2022d). Tal carencia ha aumentado en los últimos años, pues creció de 16.2% en 2018 a 28.2% en 2020 y a 39.1% en 2022. Si bien esta suele presentarse en hombres más que en mujeres, las diferencias entre ambos grupos han disminuido. En 2018, de las personas con carencia por acceso a los servicios de salud, 44.6% fueron mujeres (9.0 millones) y 55.4% fueron hombres (11.1 millones); en 2020, 47.6% fueron mujeres (17.0 millones) y 52.4% hombres (18.7 millones); sin embargo, en 2022 las mujeres con esta carencia fueron 49.9% (25.1 millones) y los hombres abarcaron 50.1% (25.2 millones).

Referente a las mujeres de 65 años o más, 9.4% en 2018 y 17.6% en 2020 de este grupo poblacional presentó la carencia; en 2022, la incidencia para las mujeres adultas mayores (65 años o más) fue de 28.5%. En cuanto a las mujeres indígenas (según pertenencia étnica) se reportaron los siguientes datos: 12.5% en 2018, 30.3% en 2020 y 55.3% en 2022 (figura 11).

²² De acuerdo con la "Nota técnica sobre la medición multidimensional de la pobreza, 2018-2020", debido a la creación del Insabi a partir de las modificaciones a la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, en la pregunta sobre afiliación o inscripción al SP se incluyó en la ENIGH 2020 el derecho a los servicios del Insabi, de forma puntual en los cuestionarios "Personas de 12 o más años" y "Personas menores de 12 años". En este caso, si bien el Insabi no sustituye formalmente la estructura operativa del SP, se convirtió en la institución responsable de atender a las personas sin seguridad social para acceder a los servicios de salud (CONEVAL, 2021d). Cabe señalar que en la edición 2022 de la ENIGH se conservó el mismo fraseo de la ENIGH 2020 en cuanto a las preguntas relacionadas con el Insabi.

Figura 11. Porcentaje de mujeres con carencia por acceso a los servicios de salud. México, 2022



Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH reportada por el Inegi.

Las mujeres enfrentan desafíos y problemas de salud específicos frente a los hombres, no solo por factores biológicos sino por determinantes sociales. A ello se añade que la desigualdad y la discriminación a las que son sometidas ponen en riesgo su bienestar al encarar más dificultades para acceder a información y a los servicios de salud, así como restricciones a la movilidad y a la toma de decisiones (OMS, s.f.).

Al respecto, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) señala que la esperanza de vida al nacimiento de las mujeres es mayor en promedio que la de los hombres (en 2020, 78.1 años para las mujeres y 72.4 años para los hombres); sin embargo, la morbilidad es más elevada en las mujeres y son ellas las que utilizan más los servicios de salud, sobre todo los de salud reproductiva (OMS, 2018). En 2021, la enfermedad por COVID-19 ocasionó el mayor número de defunciones para mujeres como para hombres de 30 a 69 años (170.4 y 315.0 muertes por cada 100,000 habitantes, respectivamente). Relativo a los padecimientos que causan el mayor número de muertes, para las mujeres son diabetes mellitus, enfermedades del sistema circulatorio y tumores malignos, y para los hombres, las relacionadas con el sistema circulatorio, diabetes mellitus y enfermedades del hígado (CONEVAL, 2022d).

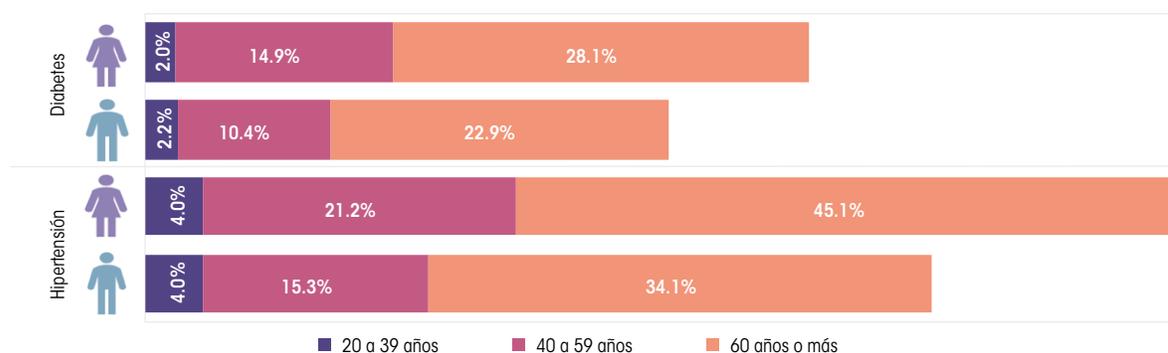
Aun cuando los tumores malignos constituyeron la cuarta causa de mortalidad en mujeres en 2021, tanto los cánceres de mama como el cervicouterino son las afecciones que con más frecuencia llevan a la muerte o a alguna discapacidad entre las mujeres y donde es primordial la intervención a partir de acciones de promoción del autocuidado, prevención y tratamiento oportuno (CONEVAL, 2018a).

Datos del Sistema de Información de Salud muestran que en 2021 la tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero fue de 10.8 muertes por cada 100,000 mujeres mayores de 25 años (la segunda causa de muerte por tumores malignos en mujeres) y la tasa de mortalidad por tumor

maligno de mama fue de 20.2 defunciones por cada 100,000 mujeres mayores de 25 años (en 2010 fueron 16.3 y en 2015, 18.1) (Salud, 2023b). La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) afirmó que en México hubo avances en materia de servicios de detección de cáncer de mama; como resultado, en 2019, 45.4% de las mujeres de 50 a 69 años se practicó una mamografía en los dos años previos a la entrevista (en 2009 fue de solo 17.8%); sin embargo, este porcentaje se ubica aún por debajo de los estándares internacionales, ya que el promedio de los países de la OCDE fue de 61.7% para ese mismo año (OCDE, 2021).

Se identificó un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles que contribuyen a la mortalidad general en el país, como la diabetes mellitus (INSP, 2020), una de las afecciones que produce el mayor número de fallecimientos en la población mexicana: en 2021 la tasa de mortalidad de esta fue de 11.0 por cada 10,000 habitantes (Inegi, 2022d). De acuerdo con información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), la prevalencia de diabetes con diagnóstico previo en personas adultas de 20 años o más en 2012 fue de 9.2%, para las mujeres fue de 9.7% y para los hombres fue de 8.6%. En 2018 fue de 10.3% de la población, otra vez más elevada en mujeres (11.4%) que en hombres (9.1%); mientras que en 2021 la prevalencia en personas adultas fue de 10.2%: 11.3% para mujeres y 9.0% para hombres (INSP, 2020, 2022a). Tanto en mujeres como en hombres se identificó un incremento de la prevalencia de diabetes conforme aumenta la edad; el grupo de personas con 60 años o más es en el que se presenta la mayor prevalencia de esta enfermedad: en 2021 fue de 25.5%; aquí también las mujeres superaron a los hombres (28.1 y 22.9% cada uno) (gráfica 19).

Gráfica 19. Prevalencia de diabetes e hipertensión con diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más por rango de edad y sexo, 2021



Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENSANUT reportada por el INSP.

Con base en datos de la ENSANUT, la prevalencia de hipertensión arterial con diagnóstico médico previo en la población de 20 años o más en 2012 fue de 16.6%, con las mujeres a la cabeza (18.8%) y los hombres con 12.7%. En 2018, esta prevalencia fue de 18.4% de la población, 20.9% de las mujeres y 15.3% de los hombres. En 2021 para el total de la población fue de 15.7%: 17.6% en mujeres y 13.8% en hombres. Al igual que con la prevalencia de diabetes, el grupo de edad de 60 años o más es el más afectado, pues en 2021 equivalió a 39.6% (45.1% en mujeres y 34.1% en hombres) (gráfica 19).

En el presente, la obesidad es uno de los principales problemas de salud pública en México debido a que las comorbilidades asociadas a esta desencadenan mortalidad, discapacidad y muerte prematura en la población (INSP, 2022a). Información de la ENSANUT sostiene que en 2021 la prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas de 20 años o más fue de 72.4% (75.0% en mujeres y 69.6% en hombres). De 2012 a 2021, en mujeres de 20 años o más pasó de 35.5% a 33.9%, mientras que en hombres bajó 4.8 puntos porcentuales, de 42.6% en 2012 a 37.8% en 2021. Sin embargo, al comparar la prevalencia de obesidad, en 2021 fue 9.3 puntos porcentuales más alta en mujeres (41.1%) que en hombres (31.8%), y de 2012 a 2021 repuntó tanto para mujeres como para hombres (cuadro 3).

Cuadro 3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas de 20 años o más según sexo. México, 2012, 2018 y 2021

| | Sobrepeso | | Obesidad | |
|------|--|---|--|---|
| 2012 |  35.5% |  42.6% |  37.5% |  26.8% |
| |  36.6% |  42.5% |  40.2% |  30.5% |
| 2021 |  33.9% |  37.8% |  41.1% |  31.8% |

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENSANUT reportada por el INSP.

La pandemia por la COVID-19 tuvo grandes repercusiones en las personas, los sistemas de salud, los programas de salud pública y las economías en todo el mundo (OPS, 2020). Las personas con afecciones crónicas como diabetes, hipertensión, obesidad y enfermedades cardiovasculares fueron más susceptibles a contraer la enfermedad y que se presentara en un cuadro grave con dificultad respiratoria aguda que demandaba cuidados intensivos, por lo que el riesgo de morir por la afección causada por este virus era mayor. Esto colocó a las personas con algunos de esos padecimientos en una situación de mayor vulnerabilidad, tanto por el riesgo de contagio como porque la reasignación de los recursos limitados de la salud para responder a la COVID-19 afectó la continuidad de la atención y causó interrupciones en el acceso a servicios de salud esenciales (OPS, 2020, 2023).

Para disminuir los contagios por COVID-19 se implementaron medidas de confinamiento y se buscó que las actividades laborales y académicas pudieran realizarse desde casa; esto significó un cambio en el estilo de vida de las personas, y provocó el incremento del comportamiento sedentario (Flores-Olivares *et al.*, 2021). Al respecto, la ENSANUT refiere que, en 2021, 27.7% de la población de 10 años o más realizó alguna actividad física o deporte previo a la pandemia; los hombres adolescentes (de 15 a 19 años) fueron quienes más mencionaron esta acción (59.1%). De estas personas, 68.3% declaró haber disminuido su actividad física durante la pandemia; el grupo de edad más perjudicado

fue el de adolescentes de 10 a 14 años (71.5%), seguido de los adultos de 20 años o más (68.6%), y 31.3% de la población de 10 años o más reportó un aumento en el tiempo que pasaba sentado o reclinado. En este punto, cabe destacar que no se observaron diferencias importantes entre mujeres y hombres (INSP, 2022a).

Ante la incidencia de padecimientos es primordial fortalecer una política sanitaria basada de estrategias integrales y multisectoriales que prioricen las acciones de prevención y promoción de la salud, focalizadas en los grupos más vulnerables (CONEVAL, 2018a). Aun cuando en fechas recientes se emprendieron esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y de los servicios médicos ofrecidos a partir de acciones centradas en la persona,²³ todavía persisten necesidades de la población en materia de salud y resulta importante privilegiar la atención preventiva y primaria (CONEVAL, 2022d).

Datos de la ENIGH muestran que la población derechohabiente que recibió servicios preventivos en instituciones públicas ha mostrado una tendencia decreciente, al pasar de 49.2% en 2016 a 47.8% en 2018 y a 38.7% en 2020. Al considerar la atención, resulta que las mujeres tuvieron un mayor acceso a servicios preventivos, aunque se aprecia una disminución en los porcentajes de estos mismos años: 50.8%, 49.4% y 39.4%, que en el caso de los hombres fue de 47.5%, 46.0% y 38.0%.

En lo que concierne al estado de salud, las mujeres son las que padecen más afectaciones y son ellas, por ende, las que acuden con mayor frecuencia al médico y conocen mejor sus padecimientos que los hombres. Esto ha permitido saber que estos son más complejos y obedecen a temas de género; esto quiere decir que las actividades que desempeñan en sus hogares, sobre todo trabajo doméstico y de cuidados, las exponen a riesgos cotidianos que las conducen con frecuencia a la pérdida de autonomía física (Ramírez *et al.*, 2020: 111).

Correspondiente a la utilización de servicios de salud de las personas que reportaron tener problemas de esa índole en el último año y que recibieron atención médica, a partir de datos de la ENIGH de 2016 a 2020 se observa una disminución generalizada en la atención por parte de todas las instituciones del sistema de salud, por un lado, y una segmentación en la capacidad de atención y acceso a los servicios de salud de acuerdo con el tipo de afiliación de las personas, por el otro (CONEVAL, 2022d).

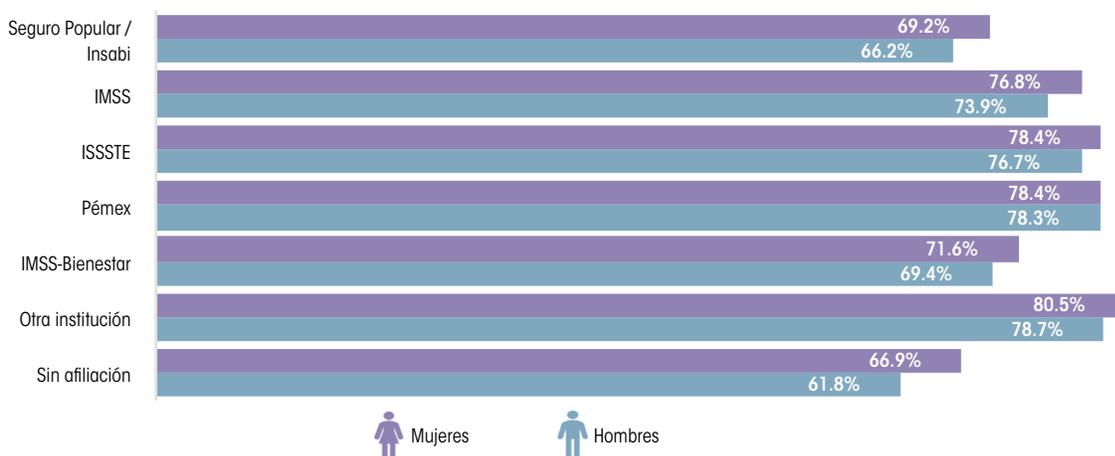
Asimismo, es mayor el porcentaje de mujeres que de hombres que reportaron tener dificultades en su estado de salud y recibieron atención. En 2020, cerca de 80% de las mujeres afiliadas al IMSS, ISSSTE o Pémex recibió atención al presentar problemas de salud, en contraste con 69.2% de las mujeres afiliadas al SP y que luego refirieron contar con los servicios del Insabi (gráfica 20).

Si bien las mujeres afiliadas a instituciones con instrumentos contributivos recibieron más atención ante problemas de salud, la segmentación de la capacidad de atención entre las instituciones

²³ De acuerdo con las dimensiones del derecho a la salud, la atención centrada en la persona se refiere al grado en el que un sistema realmente proporciona la prestación de atención médica a la persona con prontitud, e incluye el acceso oportuno a la atención y su continuidad en el tiempo.

coloca en situación de desventaja y vulnerabilidad a las mujeres que no cuentan con este tipo de afiliación. Al respecto, se observa una diferencia en la atención ante problemas de salud de 9.2 puntos porcentuales entre las mujeres afiliadas al ISSSTE y Pémex y aquellas afiliadas al SP, pero la diferencia se acentúa si se compara con las mujeres sin afiliación, en donde la brecha es de 11.5 puntos porcentuales (gráfica 20).

Gráfica 20. Porcentaje de personas que reportaron tener problemas de salud en el último año y que fueron atendidas según sexo e institución de afiliación. México, 2020



Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENIGH reportada por el Inegi.

La contingencia sanitaria fue un factor preponderante para la disminución en la atención directa por las instituciones de salud en 2020 pudo deberse a la contingencia sanitaria, porque las medidas adoptadas incluyeron la reconversión de hospitales para la atención exclusiva de pacientes con COVID-19 y la reprogramación de citas médicas para priorizar las emergencias; también, derivado de los cambios en la normatividad, financiamiento y operación de las instituciones, se presentaron situaciones como el desabasto de medicamentos (CONEVAL, 2022d).

Otros elementos fueron las limitaciones de accesibilidad para la atención de la salud, las cuales interfieren con la asistencia oportuna en caso de alguna emergencia médica que requiera hospitalización o atención especializada; esta situación se agrava para las mujeres indígenas y sus familias por la falta de conectividad en las comunidades rurales (CONEVAL, 2021e). Información de la ENIGH específica que, el porcentaje de hogares con jefatura femenina en donde los integrantes tardaron o tardarían más de dos horas en llegar a un hospital, en caso de una emergencia, es mayor en los hogares con jefatura femenina indígena respecto a los hogares con jefatura femenina no indígena. En 2018 se registró la brecha más amplia (6.3 puntos porcentuales), ya que 7.9% de los hogares indígenas indicó falta de acceso oportuno a los servicios de salud y los hogares con jefatura femenina no indígena alcanzaron 1.6%. En 2020, las cifras fueron de 6.0%²⁴ y 1.3% en cada caso.

²⁴ Esta cifra tiene un coeficiente de variación (%) en el rango de (15, 25], es decir, cuenta con menor precisión estadística, por lo que la información se debe tomar con cautela.



Para las mujeres indígenas entrevistadas la lejanía de las instituciones de salud, aunado a una insuficiencia de los recursos, las ha llevado a no acudir con algún profesional de la salud en su último problema de salud al categorizarlo como "no serio". Así, la accesibilidad física y económica a los servicios de salud es determinante para que las mujeres acudan a una institución de salud para recibir atención médica.

Otro elemento que revela disparidades en la capacidad de atención entre las instituciones de salud es la realización de pagos para la atención médica. Con base en datos de la ENIGH, entre 2016 y 2020 la población que fue atendida en servicios de salud (públicos o privados) y que tuvo que efectuar un pago²⁵ en el último año pasó de 52.4% a 68.7%; en 2016 y 2018 los hombres fueron quienes más reportaron haber hecho pagos (53.3% y 55.9%) frente a las mujeres (51.7% y 53.5%), pero en 2020, se presentó un incremento y 68.8% de las mujeres afirmó efectuar pagos por atención médica, frente a 68.6% de los hombres.

La información recopilada en las entrevistas revela que las mujeres suelen atenderse en los consultorios privados, especialmente en aquellos de bajo costo, por su cercanía geográfica y el corto tiempo de espera.



Según el análisis por institución de afiliación, las mujeres afiliadas al SP/Insabi informaron, en mayor proporción, realizar pagos para recibir atención médica en el último año, en 2020 este porcentaje fue de 68.4%, seguido por las mujeres afiliadas al IMSS (57.4%), ISSSTE (58.8%) y Pémex (50.0%). En el caso de las mujeres sin afiliación, 88.8% debió hacer dichos pagos. Si bien pagar por atención médica vulnera a todas las personas, las mujeres no afiliadas a ninguna institución son las que pagan más en razón de las dificultades que enfrentan para acceder a la protección social en salud (OPS, 2017).

Además de priorizar la disponibilidad física y de recursos humanos para asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud, es fundamental contar con una atención integral a lo largo del curso de vida y acorde con las necesidades específicas de las personas. En ese sentido, la atención a la salud de las mujeres debe considerar todos los procesos relacionados con sus particularidades biológicas: los procesos correspondientes a la reproducción, las etapas previas y posteriores a la edad reproductiva, y la sexualidad (INMUJERES y UNIFEM, 2002).

El acceso progresivo de las personas a los servicios de salud sexual y reproductiva y a información sobre el uso de métodos anticonceptivos han permitido mejorar la planificación familiar y dado cierta autonomía a las mujeres en las decisiones reproductivas, con el resultado del descenso de la fecundidad en México. Este último fenómeno se acompaña de la posibilidad de que las mujeres incrementen su participación económica (CONAPO, 2019).

²⁵ Los rubros en la ENIGH considerados como realización de pagos son los referentes a consulta, medicamentos, estudios de laboratorio, hospitalización, instrumental médico y otros.

La tasa global de fecundidad (TGF) indica el número promedio de hijas o hijos que una mujer tendría al final de su periodo fértil, entre los 15 y los 49 años de edad; esta tuvo su valor máximo en 1960 con 7.0 hijos por mujer (CONAPO, 2019), y en 2023, de acuerdo con las proyecciones de la población del CONAPO (2019), la TGF es de 2.0. En cuanto a la estructura de la fecundidad, se observa que seguirá con un patrón temprano pues en 2023 las mujeres de 20 a 24 años ostentan la tasa específica de fecundidad más alta con 112.9 hijos nacidos vivos por cada 1,000 mujeres, seguido por las del grupo de edad de 25 a 29 años con una tasa de 99.8, las de 30 a 34 años con 72.0 y las adolescentes (15 a 19 años) presentan una tasa específica de fecundidad de 66.2 nacimientos por cada 1,000 mujeres. Sin embargo, destaca la reducción constante que se proyecta en todos los grupos de edad (cuadro 4).

Cuadro 4. Tasa específica de fecundidad según grupo de edad por cada 1,000 mujeres. México, 2010-2023

| Grupo de edad | Tasa específica de fecundidad | | | |
|---------------|-------------------------------|-------|-------|-------|
| | 2010 | 2015 | 2020 | 2023 |
| 15 a 19 años | 76.1 | 74.3 | 68.5 | 66.2 |
| 20 a 24 años | 132.2 | 124.3 | 116.5 | 112.9 |
| 25 a 29 años | 118.1 | 109.0 | 102.9 | 99.8 |
| 30 a 34 años | 82.5 | 78.5 | 74.2 | 72.0 |
| 35 a 39 años | 41.2 | 39.1 | 37.5 | 36.5 |
| 40 a 44 años | 10.8 | 10.5 | 10.2 | 10.0 |
| 45 a 49 años | 1.2 | 0.9 | 1.0 | 1.0 |

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en información de *Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas, 2016-2050* (CONAPO, 2019).

El embarazo adolescente es una problemática que profundiza las desigualdades y limita el ejercicio de los derechos de las niñas y las adolescentes, en específico, su derecho a vivir una vida libre de violencia y a contar con servicios de educación sexual y reproductiva (CONEVAL, 2022b). Además, puede ocasionar que las mujeres tengan una menor probabilidad de ser parte de la fuerza laboral, al limitar sus oportunidades de autonomía económica (Banco Mundial, 2021). Aun cuando el embarazo a temprana edad ha disminuido (cuadro 4), la tasa de fecundidad adolescente en México se ubica entre los niveles más altos de América Latina y el Caribe, y representa un reto para el Estado mexicano dinamizar su descenso (CONEVAL, 2022b), porque durante esta etapa de vida el riesgo de complicaciones derivadas del embarazo y el parto es más elevado, y es una causa importante de defunción en las adolescentes (OMS, 2018).

Se explicó antes que, durante la pandemia por COVID-19, con la finalidad de incrementar la capacidad hospitalaria para hacer frente a la excesiva demanda por casos graves, áreas y hospitales completos se acondicionaron para atender a dichos pacientes, lo que ocasionó afectaciones en la provisión oportuna de servicios de atención primaria (por ejemplo, los de salud sexual y reproductiva). Estas adecuaciones repercutieron en la atención de la salud de las mujeres, con implicaciones directas en la tasa de mortalidad materna, la postergación de la detección oportuna de otras enfermedades, la privación del derecho a la planificación familiar y la discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos (CONEVAL, 2022d).

Derivado de la pandemia por COVID-19, las mujeres entrevistadas manifestaron que enfrentaron mayores restricciones para ingresar a las instituciones de salud y mayor tiempo de espera respecto a los tiempos previos a la pandemia. La excepción a esto fue para las mujeres que se atendieron en servicios de salud privados.



La salud sexual y reproductiva de las mujeres se relaciona con múltiples derechos humanos: a la vida, a no ser torturada, a la intimidad, a la educación, a la prohibición de la discriminación, a la salud. Las mujeres tienen derecho a los servicios de atención a la salud reproductiva y a la garantía en el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y confiables (OACDH, s.f.; OPS y OMS, s.f.). Al respecto, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018 (ENADID) (Inegi, 2020a) aclara que la prevalencia en el uso único de métodos anticonceptivos tradicionales²⁶ en mujeres de 15 a 49 años disminuyó de 6.4% en 2009 a 3.9% en 2018. Referente a los métodos modernos, el de mayor prevalencia es la oclusión tubaria bilateral (OTB) que supera 48%, luego los no hormonales²⁷ (en 2018 se reportó una prevalencia de 29.3%) y después los hormonales²⁸ (en 2018 la prevalencia fue de 15.6%). Para las mujeres que especificaron hablar alguna lengua indígena, en 2018 la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos fue: 54.2% OTB, 21.7% hormonales y 19.1% no hormonales.

Las mujeres con vida sexual activa y sin intenciones de embarazarse también se enfrentan con barreras relativas al uso de métodos anticonceptivos (CONEVAL, 2022b). En 2018 el porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos fue de 10.7% para las mujeres no indígenas y de 15.7% para las mujeres indígenas. Esto refleja la falta de atención a las necesidades de las mujeres en materia de anticoncepción y de reducción de riesgos de infecciones de transmisión sexual debido al incumplimiento del derecho a la salud sexual y reproductiva.

La Asamblea General de las Naciones Unidas (2006) determinó que el derecho al más alto nivel posible de salud comprende el derecho de las mujeres a servicios relacionados con el embarazo y el periodo posterior al nacimiento para evitar la mortalidad derivada de la maternidad. La mortalidad materna es una de las principales situaciones de inequidad relativa al estado de salud de las mujeres a nivel mundial (Salud, 2019). Datos de la Secretaría de Salud refieren que la razón de mortalidad materna tuvo una tendencia decreciente en los últimos años al pasar de 42.1 defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos en 2012 a 33.8 en 2019, para 2020 esta razón aumentó a 53.9 y en 2021 fue de 58.6 (Salud, 2023a).

Un gran número de muertes por causas maternas son prevenibles o tratables. Para ello, todas las mujeres requieren poder acceder a cuidados de primera calidad durante el embarazo, el parto y la etapa puerperal (OMS, 2023). Sin embargo, restricciones económicas, sociales, geográficas y relativas a la calidad de la atención condicionan la salud materna. Según datos del Subsistema de In-

²⁶ Los métodos tradicionales son: ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica, retiro o coito interrumpido y método de amenorrea de la lactancia (MELA).

²⁷ Incluye DIU de cobre, condón masculino, condón femenino, espermicidas y diafragma.

²⁸ Comprende pastillas o píldora, inyectables, implantes subdérmicos, parches corporales, píldora de emergencia, dispositivo intrauterino con hormonas y anillo vaginal.

formación sobre Nacimientos (SINAC) de la Secretaría de Salud, las mujeres que recibieron atención prenatal bajó, dado que, de los nacimientos registrados en 2015, 98.1 % de mujeres no indígenas y 94.7 % de mujeres indígenas la tuvieron; en 2021 estas cifras cayeron a 96.9 % y 90.7 % en cada caso.

Como se mencionó, las mujeres conocen mejor su estado de salud porque, al tener recurrentes padecimientos, acuden más seguido a los servicios médicos, aunque el tiempo que asignan a su cuidado es menor comparado con el de los hombres. Datos de la ENUT revelan que de 2014 a 2019 el tiempo que tanto mujeres como hombres ocupan en el cuidado de su salud aumentó poco más de una hora (1.2 y 1.1 horas promedio semanal, respectivamente), lo que habla de una mayor conciencia sobre el cuidado de esta, aunque las brechas persisten. En 2019, mientras que las mujeres destinaban en promedio 5.7 horas al cuidado de su salud, los hombres dedicaron 6.2 horas. Así se ve cómo la privación de tiempo contribuye a debilitar el bienestar de las mujeres, al no poder invertirlo en su salud en la misma medida que destinan al cuidado de otros.

El uso diferenciado del tiempo entre mujeres y hombres está influenciado por los roles de género, determinantes del tipo de actividades que deben llevar a cabo y el tiempo que les asignan, en particular la distribución de las tareas domésticas y de cuidados. Así, la distribución desigual del tiempo dedicado al trabajo remunerado y no remunerado es central para entender la situación de la salud de las personas (INMUJERES, 2006a; Rubiano-Matulevich y Kashiwase, 2018).

Tanto hombres como mujeres ocupan la mayor parte de su tiempo en actividades cotidianas y necesarias para subsistir tales como dormir, comer y para el aseo y arreglo personal. Sin embargo, la dispar distribución del tiempo entre mujeres y hombres se devela al observar el dedicado a actividades de cuidado personal. Acorde con la ENUT, en 2019 las mujeres destinaban en promedio 3.8 horas semanales para descansar, rezar y meditar; en cambio, los hombres dedicaron 4.4 horas a la semana.

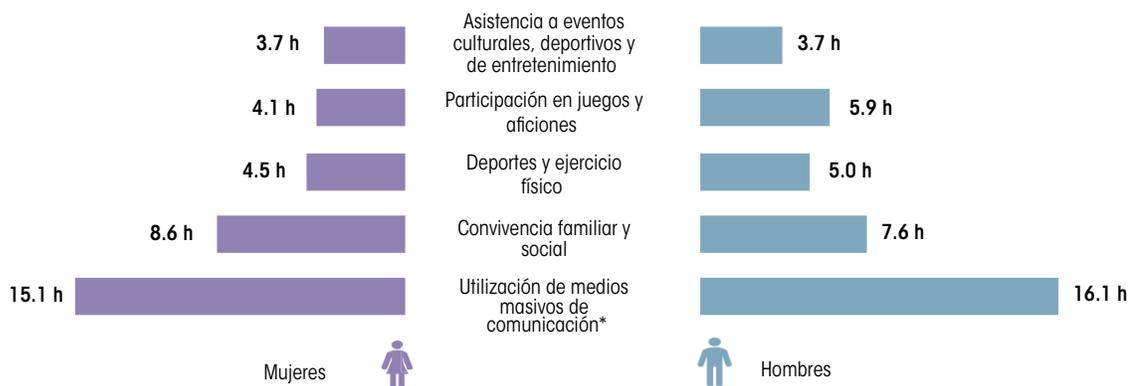
El tiempo que consagran las personas a actividades como el ocio y el autocuidado es indispensable para la reproducción social y el bienestar individual. No obstante, las tareas asignadas a las mujeres limitan sus posibilidades de dedicar tiempo a otras tareas no productivas como las actividades de entretenimiento y convivencia. Las mujeres ocupan menos horas promedio semanales a actividades de esparcimiento (por ejemplo, participar en juegos y aficiones (4.1 horas, frente a 5.9 de los hombres), pero más a la convivencia familiar y social (8.6 horas) (gráfica 21), desarrollada en un entorno reducido y que no demanda tiempos específicos ni rutinarios como los deportes o el ejercicio físico (Inegi e INMUJERES, 2014).

La actividad que les absorbe más tiempo es la utilización de medios masivos de comunicación,²⁹ aunque en promedio le invierten una hora menos a la semana que los hombres (gráfica 21). Esta actividad suele llevarse a cabo en el hogar y, al igual que la convivencia, no demanda tiempos

²⁹ Las actividades que se consideran en esta categoría son: ver películas, novelas, series, programas, videos o documentales en televisión, tableta, celular o computadora; escuchar música, noticias u otro programa de radio en cualquier dispositivo o aparato de audio; revisar el correo electrónico, chatear o consultar redes sociales (WhatsApp, Facebook, Twitter, entre otros); leer algún libro, revista, periódico o artículo mediante algún dispositivo digital o impreso; realizar alguna otra actividad relacionada con el uso de internet como descargar archivos o consultar información en cualquier aparato o dispositivo. Excluye las actividades que se realizan por trabajo o estudio. Se refiere a las actividades con dedicación completa, es decir, no efectuadas simultáneamente con otro tipo de tareas.

específicos. Así, las mujeres asignan un periodo más corto de tiempo a actividades no productivas necesarias para tener una vida social sana y una buena salud mental, mismas que suelen relacionarse con la reproducción social, más que con el disfrute personal y la salud física.

Gráfica 21. Promedio de horas a la semana dedicado a actividades de convivencia y entretenimiento según sexo. México, 2019



* Las actividades comprendidas en esta categoría son: ver películas, novelas, series, programas, videos o documentales en televisión, tableta, celular o computadora; escuchar música, noticias u otro programa de radio en cualquier dispositivo o aparato de audio; revisar el correo electrónico, chatear o consultar redes sociales (WhatsApp, Facebook, Twitter, entre otros); leer algún libro, revista, periódico o artículo mediante algún dispositivo digital o impreso; realizar alguna otra actividad relacionada con el uso de internet como descargar archivos o consultar información en cualquier aparato o dispositivo. Excluye las actividades que se realizan por trabajo o estudio. Se refiere a las actividades con dedicación completa, es decir, no efectuadas simultáneamente con otro tipo de tareas.

Nota: se considera la población de 12 años o más.

Fuente: elaboración del CONEVAL con información de la ENUT reportada por Inegi.

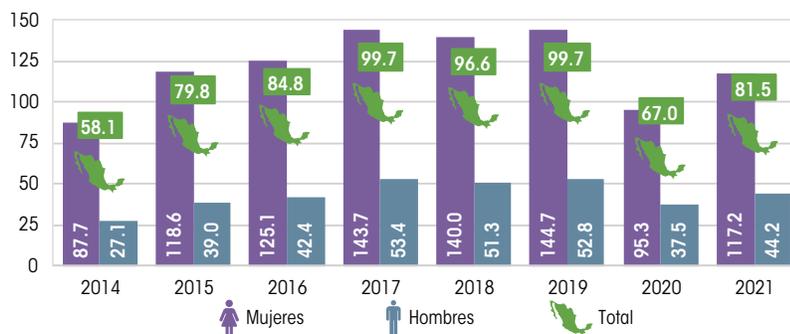
Además de la brecha en el tiempo dedicado a las actividades recreativas entre hombres y mujeres, hay otras según la condición étnica pues las personas indígenas ocupan menos tiempo en actividades de esparcimiento y convivencia. La brecha favorece a las personas no indígenas especialmente en la utilización de medios masivos de comunicación, pues entre hombres existe una diferencia de 5.1 horas promedio semanales y entre las mujeres la brecha se incrementa a 5.5 horas. Esta situación puede ser indicativa de la escasez de tiempo disponible que las personas indígenas tienen para las actividades de entretenimiento por la realización de las actividades productivas indispensables para el sostenimiento del hogar. En este sentido, la sobrecarga de trabajo que recae en las mujeres, exacerbada entre las mujeres indígenas (gráfica 7), reduce sus posibilidades de ocuparse en otras actividades necesarias para su bienestar (Inegi e INMUJERES, 2014).

Al respecto, en el contexto de la crisis sanitaria por la COVID-19 se evidenciaron las desigualdades de género preexistentes, sobre todo aquellas al interior de los hogares; el trabajo doméstico y de cuidados tuvo repercusiones en la salud mental de las mujeres y en su acceso a la salud. Durante el periodo de confinamiento, sobre las mujeres pesó una sobrecarga física, mental y emocional al tener que asumir la responsabilidad de salvaguardar la salud y hacerse cargo del cuidado de los miembros del hogar, todo ello sumado a la incertidumbre, temor ante el contagio, estrés laboral y económico, así como el aumento en el riesgo de violencia y desgaste por el confinamiento prolongado, potenció su riesgo de experimentar ansiedad, sintomatología depresiva y otros padecimientos (INSP, 2022b; ONU Mujeres, 2020).

Los trastornos mentales no se presentan de igual manera ni en la misma magnitud entre mujeres y hombres, y pueden intensificarse ante factores de riesgo como la pobreza, la violencia, el abuso de drogas, etcétera (INMUJERES, 2006b),³⁰ agudizados durante la pandemia. Entre estos, la depresión es una de las enfermedades mentales más comunes tanto en hombres como mujeres (OMS, 2022). Desde 2014 consistentemente se han presentado casos nuevos de este trastorno mental y del comportamiento en el que las mujeres manifiestan una mayor prevalencia en relación con los hombres (Inegi, 2023d) (gráfica 22).

La brecha en la tasa de casos nuevos de depresión ha sido variable; no obstante, en 2019 se detectó la diferencia más pronunciada pues más del doble de las mujeres la padecieron en comparación con los hombres: 144.7 casos nuevos por cada 100,000 habitantes para ellas y 52.8 casos para los hombres (gráfica 22). En 2020 se encuentra un descenso notable en la tasa de casos nuevos de esta enfermedad, cuya causa podría ser un subregistro debido a que las instituciones de salud, las fuentes primarias de notificación, durante ese periodo relegaron la atención a la salud mental para concentrar sus esfuerzos en atender a pacientes con COVID-19 (CONEVAL, 2022e).

Gráfica 22. Tasa de casos nuevos de depresión según sexo. México, 2014-2021



Nota: la tasa representa la proporción de casos nuevos de depresión por cada 100,000 habitantes con base en las *Proyecciones de la población de México 1990-2030* del CONAPO. La depresión comprende episodios depresivos moderados, graves sin síntomas psicóticos y no especificados.
Fuente: elaboración del CONEVAL con información de Demografía y Sociedad, Salud mental del Inegi.

La violencia de género, con las mujeres como sus principales víctimas, además de los perjuicios físicos que pudiera generar, es un factor desencadenante de los trastornos mentales. Quienes sufren violencia son más susceptibles a depresión, toxicomanía, actos autodestructivos e intentos de suicidio, síntomas que se agravan cuando las mujeres se ven impedidas de revelar el maltrato, se duda de su credibilidad, temen por su seguridad personal, deben enfrentar solas al agresor y no existe un sistema de reparación del daño. Factores añadidos como las responsabilidades domésticas, el estatus de subordinación dentro y fuera del hogar, la doble jornada, también producen alteraciones emocionales en las mujeres (INMUJERES, 2006b).

³⁰ Dada la importancia de la salud mental y derivado del aumento en la prevalencia de trastornos mentales es conveniente contar con análisis que permitan la identificación de los factores de riesgo de padecer este tipo de alteraciones, con la finalidad de contar con la información necesaria que contribuya al fortalecimiento de las políticas de salud en beneficio de la población e impulsar que los problemas de salud mental se aborden desde una perspectiva de género en donde se consideren las condiciones de vida y las formas de relación entre las personas.

La violencia contra las mujeres tiene efectos devastadores en la salud física y mental de las sobrevivientes, desde hace más de una década se reconoce la violencia como un problema de salud pública (OPS, 2009). El aislamiento social y la crisis sanitaria por la COVID-19 crearon el escenario propicio para el aumento del riesgo de las mujeres de padecerla como resultado de las tensiones crecientes al interior de los hogares. Desde la declaratoria de la pandemia y el inicio de la Jornada Nacional de Sana Distancia en marzo de 2020, se registró un incremento en las llamadas de emergencia alusivas a incidentes de violencia contra la mujer.³¹ Estos incidentes mostraban una tendencia creciente desde 2016: en marzo de 2020 hubo 26,171 llamadas de emergencia y en mayo de 2022 llegó a su máximo número de llamadas, con 34,719. Aunque para enero de 2023 el número de llamadas disminuyó a 24,668, la cifra repuntó y en junio de 2023 se registraron 34,145 llamadas de emergencia por violencia contra la mujer (SESNSP, 2023).

La magnitud y el impacto de la violencia de pareja en el núcleo familiar, que afecta principalmente a las mujeres, es un problema urgente de salud a escala mundial, sobre todo por el reducido acceso a las redes de apoyo para las víctimas. Datos de la ENDIREH 2021 muestran que la prevalencia de la violencia contra las mujeres perpetrada por la pareja a lo largo de su vida fue de 39.9%, siendo la violencia psicológica la más común (35.4%), seguida de la económica o patrimonial³² (19.1%), la física (16.8%) y la sexual (6.9%). Cerca de 10.0% de las mujeres de 15 años y más que en 2021 o antes estaban unidas afirmó que su pareja peleaba con ellas o las maltrataba por decidir sobre tener o no descendencia y cuándo y cuántas hijas e hijos tener (10.6%). Respecto a las decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, las mujeres declararon que sus parejas peleaban con ellas o las maltrataban por su decisión sobre cuándo tener relaciones sexuales (9.2%), su elección sobre el cuidado de su salud sexual y reproductiva (3.5%) y si se usaban anticonceptivos (5.6%) y quién debía usarlos (5.3%). De esta forma, la violencia ejercida por la pareja conlleva secuelas físicas y psicológicas que alteran el sano desarrollo psicosexual y social de las afectadas; pese a que los daños a la salud son altos, sobre todo los psicológicos, casi no se atienden ni se denuncian (INMUJERES, 2006c).

Aunque a nivel mundial es generalizada la percepción de un incremento de la violencia por razón de género al interior de las comunidades, en América Latina es todavía más grande (Flor *et al.*, 2022; OPS, 2009). La erradicación de la violencia contra las mujeres es un reto para las sociedades en todo el mundo. No obstante que se trata de un problema complejo y multidimensional, los esfuerzos y recursos asignados en los presupuestos del país son insuficientes para responder a los compromisos internacionales adquiridos por México para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres (OPS, 2009).

³¹ Se refiere al incidente "violencia contra la mujer" incluido en el Catálogo Nacional de Incidentes de Emergencia, y definido como todo acto violento que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada (SESNSP, 2023).

³² La violencia económica o patrimonial por parte de cualquier agresor, según la ENDIREH 2016 y 2021, comprende la ejercida por la pareja o expareja, o por cualquier familiar, así como la discriminación en el trabajo en los últimos 12 meses y la discriminación por razones de embarazo en algún trabajo en los últimos 5 años.

Mecanismos de política pública en torno al ejercicio de los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud de las mujeres



En este capítulo se presenta el análisis de vinculación entre los programas federales de desarrollo social y los derechos al trabajo, la seguridad social y la salud, específicamente en los aspectos asociados a problemáticas que constituyen obstáculos para avanzar en la garantía de los derechos señalados. El capítulo consta de dos apartados: el primero describe la metodología empleada para vincular los programas federales de desarrollo social en atención a cada uno de los derechos sociales considerados y el segundo expone los resultados del ejercicio de vinculación, la identificación de áreas y vacíos de atención y las características de las intervenciones vinculadas en términos de sus poblaciones (potencial, objetivo y atendida) y presupuesto.

Es importante señalar que este capítulo muestra un panorama general sobre la disponibilidad de intervenciones gubernamentales del ámbito federal enfocadas en la atención de las problemáticas vinculadas al ejercicio de los derechos de las mujeres mediante la revisión de aspectos particulares de su diseño (objetivos, poblaciones, componentes). De esta manera, no es posible determinar si los bienes y/o servicios proporcionados por las intervenciones atienden de manera adecuada dichas problemáticas o analizar sus resultados, impacto o efectividad en dicha atención.

Las mujeres entrevistadas que no son beneficiarias de programas sociales expresan la necesidad de contar con programas que les den acceso a los servicios de salud y seguridad social, otorguen becas a madres y madres que estudian, faciliten la adquisición de vivienda, además de programas de fomento al empleo.



Metodología para la identificación de los programas federales de desarrollo social vinculados a la atención de los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud de las mujeres

Como se señaló previamente, en este apartado se describe la metodología usada para la identificación de los programas federales de desarrollo social que se vinculan a la atención del ejercicio de los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud de las mujeres, así como los mecanismos a través de los cuales se relacionan.

La vinculación de los programas que en su diseño consideran elementos que contribuyen al ejercicio de los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud de las mujeres se realizó a través del siguiente procedimiento:

1. Como punto de partida, se tomó como universo de análisis los 120 programas identificados en el Listado CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2022.³³
2. La identificación de los programas de desarrollo social del orden federal relativos al acceso efectivo a los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud se definió a través del ejercicio de vinculación realizado en el documento *Consideraciones para el proceso presupuestario 2023* elaborado por el CONEVAL (2022a), el cual contempla: a) la *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México* (CONEVAL, 2019a), b) el *Sistema de Información de Derechos Sociales* (SIDS) (CONEVAL, 2021e), c) los diferentes estudios diagnósticos de los derechos sociales³⁴ y d) las evaluaciones de impacto.
3. Una vez clasificada la oferta programática con base en el documento *Consideraciones para el proceso presupuestario 2023* (CONEVAL, 2022a), se analizó si las intervenciones se proponen atender alguna de las dimensiones de los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud de las mujeres (cuadro 5).

Cuadro 5. Dimensiones de los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud de las mujeres

| Derecho social | Dimensión del derecho | Subdimensión del derecho |
|---------------------------------|---|---|
| Trabajo | Accesibilidad | Acceso a la información sobre oferta laboral y derechos laborales |
| | | Accesibilidad física al centro donde se labora |
| | | Accesibilidad al trabajo a distancia |
| | Disponibilidad | Trabajo remunerado |
| | | Capacitación y formación profesional y técnica |
| | | Identificación del empleo disponible y elegible |
| | Calidad | Ingreso aceptable |
| | | Jornada laboral, descanso y vacaciones |
| | | Ascenso y promoción |
| | | Estabilidad laboral |
| | | Igualdad laboral |
| | Efectividad | Seguridad e higiene |
| | | Sistemas de inspección del trabajo y justicia laboral |
| Seguridad social | Protección ante desempleo, enfermedad, orfandad, invalidez, muerte, vejez e insuficiencia de ingresos; cuidado de niñas y niños | |
| | Pérdida o disminución de ingreso temporal o permanente por accidente, enfermedad, enfermedad o accidente laboral | |
| Salud | Accesibilidad | Accesibilidad física para la salud |
| | | Accesibilidad económica a la salud |
| | | Acceso a la información de salud |
| | Disponibilidad | Recursos humanos, infraestructura física y servicios médicos |
| | | Servicios básicos determinantes de la salud |
| | Calidad | Seguridad al recibir atención de salud |
| | | Efectividad |
| Atención centrada en la persona | | |

Nota: para el derecho a la seguridad social se retomaron y sintetizaron los principales elementos asociados a la protección social, de acuerdo con la *Evaluación estratégica de protección social en México* (CONEVAL, 2018c).

Fuente: elaboración del CONEVAL.

³³ El Listado está disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IPFE/Paginas/historico.aspx>

³⁴ Dichos estudios pueden consultarse en: <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Paginas/Estudios-sobre-derechos-sociales.aspx>

4. Posteriormente, se analizó si los programas atienden de manera prioritaria a las mujeres o si cuentan con mecanismos de priorización para dicho grupo poblacional. Para ello, se revisaron los objetivos, poblaciones, componentes o tipos de apoyo y criterios de priorización de cada una de las intervenciones, en donde se utilizaron como fuentes de información las "Fichas de programas y acciones federales de desarrollo social" incluidas en el documento *Consideraciones para el proceso presupuestario 2023* (CONEVAL, 2022a) y el marco normativo aplicable de los programas, es decir, Reglas de Operación (ROP), Lineamientos de Operación (LOP) o la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). El proceso de vinculación en esta etapa consistió en:
 - Vinculación por objetivo: se revisaron los objetivos generales y/o específicos incluidos en el marco normativo; de no estar disponible, se tomó el objetivo de Propósito mencionado en la MIR de cada programa.
 - Vinculación por población: se revisó la población objetivo de cada programa para determinar su alineación con el grupo de interés de este análisis.
 - Vinculación por componentes o tipos de apoyo entregados: se analizó si la entrega de los bienes y servicios de los programas contribuía, en cualquier medida, en la atención de los derechos sociales de las mujeres.
 - Adicionalmente, cuando estaban disponibles en las fuentes señaladas, se incluyeron los requisitos y criterios de priorización y/o focalización en los casos en los que fueran elementos que facilitaran el acceso de las mujeres a ser beneficiarias de los programas.

5. Del paso previo se identificó el tipo de relación de los programas en la garantía de los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud de las mujeres. Esto significa que:
 - La vinculación es *directa* si el programa en su objetivo establece que busca atender alguna de las dimensiones del cuadro 5 y además cumple con al menos uno de los siguientes criterios:
 - Se identifica que en su población objetivo hay mujeres.
 - Los componentes y/o tipos de apoyo tienen en cuenta acciones específicas para las mujeres con el fin de atender alguna problemática particular que las aqueja.
 - Cuenta con criterios de priorización para mujeres como mecanismo para eliminar barreras de acceso al programa.
 - La vinculación es *indirecta* si el programa en su objetivo señala que busca atender alguno de los aspectos del cuadro 5, pero carece de mecanismos orientados a la atención específica de las mujeres, ya sea a nivel de objetivos, tipos de apoyo, componentes o criterios de priorización.

Vinculación de los programas federales de desarrollo social para la atención de los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud de las mujeres

Derivado de las etapas descritas en el apartado anterior, de los 120 programas federales de desarrollo social incluidos en el Listado CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2022 y con base en la clasificación presentada en el documento *Consideraciones para el proceso*

presupuestario 2023 (CONEVAL, 2022a), se identificó que 40 programas se vinculan al acceso al derecho al trabajo; 14, al derecho a la seguridad social, y 19, al derecho a la salud de las mujeres.

Programas federales de desarrollo social para la atención del derecho al trabajo

De los 40 programas federales de desarrollo social relacionados con el derecho al trabajo (cuadro 6), ocho tienen una vinculación directa con las dimensiones de ese derecho (cuadro 5) y en su población objetivo, apoyos y/o servicios que proporcionan, y/o en sus criterios de priorización se establece la atención o priorización hacia las mujeres. Por su parte, 32 programas tienen una vinculación indirecta debido a que buscan atender aspectos del derecho del ámbito laboral que atañen a la población en general.

Cuadro 6. Listado de programas federales de desarrollo social que atienden el derecho al trabajo de las mujeres por tipo de vinculación

| Dependencia | Modalidad y clave | Nombre del programa | Subdimensión del derecho | Tipo de vinculación |
|-------------|-------------------|--|---|---------------------|
| Sader | S293 | Producción para el Bienestar | Capacitación y formación profesional y técnica | Directa |
| SEP | S243 | Programa de Becas Elisa Acuña | Capacitación y formación profesional y técnica | Directa |
| SEP | S300 | Fortalecimiento a la Excelencia Educativa | Capacitación y formación profesional y técnica | Directa |
| Semarnat | S046 | Programa de Conservación para el Desarrollo Sostenible | Capacitación y formación profesional y técnica | Directa |
| Semarnat | S219 | Apoyos para el Desarrollo Forestal Sustentable | Capacitación y formación profesional y técnica | Directa |
| Bienestar | S287 | Sembrando Vida | Ingreso aceptable | Directa |
| INPI | S249 | Programa para el Bienestar Integral de los Pueblos Indígenas | Ingreso aceptable | Directa |
| Bienestar | E003 | Servicios a Grupos con Necesidades Especiales | Acceso a la información sobre oferta laboral y derechos laborales Identificación del empleo disponible y elegible | Directa |
| Sader | S290 | Precios de Garantía a Productos Alimentarios Básicos | Ingreso aceptable | Indirecta |
| SEP | S247 | Programa para el Desarrollo Profesional Docente | Capacitación y formación profesional y técnica | Indirecta |
| SEP | U031 | Expansión de la Educación Inicial | Capacitación y formación profesional y técnica Ingreso aceptable | Indirecta |
| Salud | E010 | Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud | Capacitación y formación profesional y técnica | Indirecta |
| Salud | E036 | Programa de Vacunación | Capacitación y formación profesional y técnica | Indirecta |
| Salud | U008 | Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes | Capacitación y formación profesional y técnica | Indirecta |
| STPS | E003 | Ejecución de los Programas y Acciones de la Política Laboral | Igualdad laboral, igualdad salarial Seguridad e higiene Sistemas de inspección y justicia laboral Identificación del empleo disponible y elegible | Indirecta |
| STPS | S280 | Jóvenes Construyendo el Futuro | Capacitación y formación profesional y técnica Identificación del empleo disponible y elegible | Indirecta |

| Dependencia | Modalidad y clave | Nombre del programa | Subdimensión del derecho | Tipo de vinculación |
|-------------|-------------------|--|--|---------------------|
| Bienestar | E016 | Articulación de Políticas Integrales de Juventud | Acceso a la información sobre oferta laboral y derechos laborales Capacitación y formación profesional y técnica Identificación del empleo disponible y elegible | Indirecta |
| Bienestar | S174 | Programa de Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras | Accesibilidad física al centro donde se labora | Indirecta |
| IMSS | E007 | Servicios de Guardería | Igualdad laboral | Indirecta |
| Sader | E001 | Desarrollo, Aplicación de Programas Educativos e Investigación en Materia Agroalimentaria | Capacitación y formación profesional y técnica | Indirecta |
| Sader | E006 | Generación de Proyectos de Investigación | Capacitación y formación profesional y técnica | Indirecta |
| SEP | E028 | Normalización y Certificación en Competencias Laborales | Capacitación y formación profesional y técnica | Indirecta |
| SEP | E047 | Programa de Mantenimiento e Infraestructura Física Educativa | Capacitación y formación profesional y técnica | Indirecta |
| SEP | E064 | Educación para Adultos | Capacitación y formación profesional y técnica | Indirecta |
| SEP | E066 | Educación Inicial y Básica Comunitaria | Capacitación y formación profesional y técnica | Indirecta |
| SEP | S269 | Programa de Cultura Física y Deporte | Capacitación y formación profesional y técnica Ingreso aceptable | Indirecta |
| SEP | S295 | Fortalecimiento de los Servicios de Educación Especial | Capacitación y formación profesional y técnica | Indirecta |
| Salud | S039 | Programa de Atención a Personas con Discapacidad | Capacitación y formación profesional y técnica Identificación del empleo disponible y elegible | Indirecta |
| Salud | U009 | Vigilancia Epidemiológica | Capacitación y formación profesional y técnica | Indirecta |
| STPS | E004 | Capacitación para Incrementar la Productividad | Capacitación y formación profesional y técnica Sistemas de inspección y justicia laboral | Indirecta |
| STPS | E005 | Ejecución a Nivel Nacional de Acciones de Promoción y Vigilancia de los Derechos Laborales | Capacitación y formación profesional y técnica Sistemas de inspección y justicia laboral Seguridad e higiene | Indirecta |
| STPS | S043 | Programa de Apoyo al Empleo | Acceso a la información sobre oferta laboral y derechos laborales Accesibilidad física al centro donde se labora Identificación del empleo disponible y elegible | Indirecta |
| Semarnat | E009 | Investigación Científica y Tecnológica | Capacitación y formación profesional y técnica | Indirecta |
| Semarnat | E014 | Protección Forestal | Capacitación y formación profesional y técnica | Indirecta |
| Semarnat | S217 | Programa de Apoyo a la Infraestructura Hidroagrícola | Capacitación y formación profesional y técnica | Indirecta |
| Cultura | E010 | Servicios de Educación Superior y Posgrado | Capacitación y formación profesional y técnica | Indirecta |
| Cultura | E042 | Servicios Educativos Culturales y Artísticos | Capacitación y formación profesional y técnica | Indirecta |
| Cultura | S057 | Programas del Fondo Nacional de Fomento a las Artesanías | Capacitación y formación profesional y técnica | Indirecta |
| IMSS | E003 | Atención a la Salud en el Trabajo | Seguridad e higiene | Indirecta |
| ISSSTE | E048 | Servicios de Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil | Igualdad laboral | Indirecta |

Fuente: elaboración del CONEVAL.

Por consiguiente, de las ocho intervenciones con vinculación directa, cinco proporcionan capacitación y formación profesional y técnica, dos fomentan el ingreso aceptable y una facilita el acceso a la información sobre oferta laboral e identificación de empleos disponibles y elegibles.

De las dos intervenciones que buscan mejorar uno de los principales instrumentos del derecho al trabajo asociado a la dimensión calidad, que es el ingreso aceptable, se identificó que el programa Sembrando Vida (S287), a cargo de Bienestar, entrega incentivos económicos a productoras y productores agrícolas y/o agropecuarios con ingresos inferiores a la línea de pobreza, en el que las mujeres son un grupo prioritario. En particular, el Programa para el Bienestar Integral de los Pueblos Indígenas (S249) del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI) proporciona apoyos económicos con el propósito de impulsar la consolidación de proyectos productivos y turísticos de mujeres indígenas.

Una forma en que las mujeres entrevistadas buscan incorporarse al mercado laboral es a través del emprendimiento, por lo que ellas consideran que la recepción de apoyos gubernamentales para la comercialización y apertura de negocios facilitarían este proceso al suplir la insuficiencia de recursos para capital y reducir el alto costo inicial.



Asimismo, entre los cinco programas con vinculación directa dirigidos a disminuir las barreras a las que se enfrentan las personas trabajadoras (entre ellas, las financieras como el costo de la formación, así como la pertinencia y calidad de la formación impartida), sobre todo la población femenina, para acceder a capacitación (CONEVAL, 2022c) se identificaron Fortalecimiento a la Excelencia Educativa (S300) de la SEP, el cual proporciona apoyos para formación, actualización y certificación para las futuras maestras y maestros; el Programa de Becas Elisa Acuña (S243) también de la SEP, orientado a capacitar al personal académico que en sus criterios de priorización incluye a las mujeres indígenas o afromexicanas, madres adolescentes y adolescentes embarazadas; Producción para el Bienestar (S293) de la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural (Sader) proporciona capacitación a productores y establece que 30% de los apoyos directos a productores de pequeña o mediana escala debe ser para mujeres; el Programa de Conservación para el Desarrollo Sostenible (S046) de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (Semarnat) determina que en los cursos de capacitación con participación de mujeres se les proporcione financiamiento para efectuar acciones afirmativas con perspectiva de género, y Apoyos para el Desarrollo Forestal Sostenible (S219), también de la Semarnat, imparte cursos y talleres de capacitación para el desarrollo de capacidades gerenciales y cuenta con un componente de apoyos a proyectos productivos de mujeres cuyo objetivo es promover el emprendimiento y la ejecución de iniciativas lideradas y operadas por mujeres.

Por su parte, Servicios a Grupos con Necesidades (E003) de Bienestar busca proporcionar información a las mujeres adultas mayores sobre oferta laboral y empleos disponibles a través de acciones de vinculación productiva para favorecer su acceso al mercado laboral.

De los 32 programas con vinculación indirecta, se identificó que 25 proporcionan servicios y/o apoyos para fomentar la capacitación y formación profesional y técnica; de estos, la SEP está a cargo de las siguientes ocho intervenciones: Programa para el Desarrollo Profesional Docente (S247), Programa de Mantenimiento e Infraestructura Física Educativa (E047), Fortalecimiento de los Servicios de Educación Especial (S295), Educación Inicial y Básica Comunitaria (E066) y Expansión de la Educación Inicial (U031), los cuales brindan capacitación para personal del sector educativo; además este último también otorga apoyos financieros para pasajes a los agentes educativos que prestan servicios de educación inicial no escolarizada. Mientras que Normalización y Certificación en Competencias Laborales (E028), Educación para Adultos (E064) y el Programa de Cultura Física y Deporte (S269) se enfocan en la formación y certificación para el trabajo; este último también otorga apoyos económicos a personal que desarrolla actividades de promoción al deporte.

Por su parte, de los cinco programas coordinados por la Secretaría de Salud, cuatro ofrecen cursos de actualización y capacitación para personal de los servicios de salud; estos son: Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud (E010), Programa de Vacunación (E036), Vigilancia Epidemiológica (U009) y Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (U008); en tanto que Programa de Atención a Personas con Discapacidad (S039), además de ofrecer talleres de capacitación, realiza acciones para la inclusión laboral de las personas con discapacidad.

De las 12 intervenciones restantes que brindan servicios de capacitación y formación profesional, tres están a cargo de la Secretaría de Cultura (Cultura): Servicios de Educación Superior y Posgrado (E010), Servicios Educativos Culturales y Artísticos (E042) y Programas del Fondo Nacional de Fomento a las Artesanías (S057); tres son de la Semarnat: Investigación Científica y Tecnológica (E009), Protección Forestal (E014) y Programa de Apoyo a la Infraestructura Hidroagrícola (S217); dos de Sader: Desarrollo, Aplicación de Programas Educativos e Investigación en Materia Agroalimentaria (E001) y Generación de Proyectos de Investigación (E006); uno de Bienestar: Articulación de Políticas Integrales de Juventud (E016), y tres de la STPS: Jóvenes Construyendo el Futuro (S280), Capacitación para Incrementar la Productividad (E004) y Ejecución a Nivel Nacional de Acciones de Promoción y Vigilancia de los Derechos Laborales (E005).

Jóvenes Construyendo el Futuro (S280) de la STPS además de ofrecer capacitación al vincular a las y los jóvenes a unidades económicas, les otorga una beca económica por un periodo máximo de 12 meses y procura el acercamiento de las y los aprendices a mecanismos de inclusión productiva e identificación de empleo disponible.

En lo que respecta a la subdimensión sistemas de inspección y justicia laboral, los programas de la STPS: Capacitación para Incrementar la Productividad (E004), Ejecución de los Programas y Acciones de la Política Laboral (E003) y Ejecución a Nivel Nacional de Acciones de Promoción y Vigilancia de los Derechos Laborales (E005) ofrecen a las empresas asesorías en materia de capacitación, adiestramiento y productividad laboral, promueven la vigilancia del cumplimiento de la normativa laboral mediante operativos de inspección en los centros de trabajo.

En lo concerniente a las intervenciones correspondientes tanto a la identificación del empleo disponible y elegible como el acceso a la información sobre oferta laboral y derechos laborales, se identificó que Articulación de Políticas Integrales de Juventud (E016) de Bienestar se dirige a desarrollar habilidades digitales y de empleabilidad en las personas beneficiarias, efectúa vinculaciones con vacantes disponibles en el Sistema Nacional de Empleo; el Programa de Apoyo al Empleo (S043), en específico, asesora a las y los buscadores de trabajo para cubrir las vacantes disponibles de los y las empleadores y proporciona información sobre oportunidades de empleo.

Los programas Servicios de Guardería (E007) del IMSS y Servicios de Estancias de Bienestar, Desarrollo Infantil (E048) del ISSSTE promueven la permanencia en el mercado laboral, y el Programa de Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras (S174) de Bienestar además de fomentar la permanencia, contribuye al acceso al trabajo remunerado pues entre sus criterios está que la madre, padre solo o tutor esté trabajando, buscando empleo o estudiando y no cuente con el servicio de cuidado y atención infantil.

Del análisis efectuado, se determinó que de las 40 intervenciones que buscan atender alguna subdimensión del derecho al trabajo (cuadro 5), cinco están a cargo de la STPS y fueron vinculadas de manera indirecta al cubrir aspectos relacionados a la igualdad laboral; seguridad e higiene; sistemas de inspección y justicia laboral; identificación del empleo disponible y elegible; capacitación y formación profesional y técnica; acceso a la información sobre oferta laboral y derechos laborales, y accesibilidad física al centro donde se labora (cuadro 6).

El ejercicio de vinculación arrojó que la capacitación y formación profesional y técnica es la subdimensión del derecho al trabajo con más atención por la oferta gubernamental de desarrollo social del ámbito federal, con 30 en total (75% de los programas vinculados al derecho); sin embargo, según se describió antes, solo cinco intervenciones se enfocan en la atención de las mujeres en sus objetivos, componentes y criterios de priorización. Adicionalmente, prevalecen insuficiencias relativas al seguimiento de las capacitaciones, pues si bien existen sistemas para su registro, no se indaga sobre su utilidad o pertinencia (CONEVAL 2022c).

Como consecuencia de la crisis sanitaria provocada por la COVID-19, el trabajo a distancia se reveló como una oportunidad para incrementar la participación económica de las mujeres, sin embargo, se hizo evidente la necesidad de implementar políticas, acciones y programas que regularan esta modalidad, que podría ser una alternativa para que un mayor número de mujeres se insertara en el mercado laboral. No obstante, es necesario tomar en cuenta el impacto negativo sobre sus cargas de trabajo no remunerado, resultado de las medidas de distanciamiento social, el cierre de las escuelas y los sistemas sanitarios saturados, cuyo efecto fue que las mujeres cubrieran el acompañamiento educativo de las y los niños, el cuidado de personas enfermas o de edad avanzada (CONEVAL, 2022c, 2022f).

En términos de eficiencia en cobertura (es decir, porcentaje de la población objetivo que efectivamente se atiende) de los ocho programas con vinculación directa a la atención de este derecho para el caso de las mujeres, se encontró que tres programas atendieron a más de 75% de su población objetivo (tanto hombres como mujeres) en 2021 y 2022: Apoyos para el Desarrollo Forestal Sustentable (S219), Fortalecimiento a la Excelencia Educativa (S300) y Producción para el Bienestar (S293). Además, los programas Sembrando Vida (S287) y Programa de Becas Elisa Acuña (S243) mantuvieron porcentajes similares entre 2021 y 2022, con cambios menores de tres puntos porcentuales. En contraste, Servicios a Grupos con Necesidades Especiales (E003) y el Programa de Conservación para el Desarrollo Sostenible (S046) tuvieron un incremento de 7.3 puntos porcentuales de 2021 a 2022, esto representó el aumento más grande de los programas con vinculación directa al derecho al trabajo de las mujeres (cuadro 7).

Cuadro 7. Porcentaje de eficiencia en cobertura de los programas federales de desarrollo social con vinculación directa al derecho al trabajo de las mujeres, 2021 y 2022

| Dependencia | Modalidad y clave | Nombre del programa | Eficiencia en cobertura (población atendida / población objetivo) (%) | |
|-------------|-------------------|--|---|-------|
| | | | 2021 | 2022 |
| Sader | S293 | Producción para el Bienestar | 87.9 | 76.4 |
| SEP | S243 | Programa de Becas Elisa Acuña | 26.8 | 24.4 |
| SEP | S300 | Fortalecimiento a la Excelencia Educativa | 97.0 | 100.0 |
| Semarnat | S046 | Programa de Conservación para el Desarrollo Sostenible | 6.2 | 13.5 |
| Semarnat | S219 | Apoyos para el Desarrollo Forestal Sustentable | 106.4 | 100.4 |
| Bienestar | S287 | Sembrando Vida | 21.3 | 22.0 |
| INPI | S249 | Programa para el Bienestar Integral de los Pueblos Indígenas | 3.2 | 1.8 |
| Bienestar | E003 | Servicios a Grupos con Necesidades Especiales | 7.3 | 14.6 |

Fuente: elaboración del CONEVAL.

Aunque tales programas no se dirigen en exclusiva a procurar el derecho al trabajo de las mujeres, se conoce cuánto representan en el total de la población atendida por estos. Para 2022, más de 50% de la población atendida por cuatro de los ocho programas eran mujeres. En el resto de los programas, la diferencia más notoria se encontró en Sembrando Vida (S287), cuya población atendida se dividió en 68.6% hombres y 31.4% mujeres, lo que implica que atendió cerca de 175,000 hombres más que a mujeres durante 2022 (cuadro 8).

Cuadro 8. Población atendida por los programas federales de desarrollo social con vinculación directa al derecho al trabajo de las mujeres según sexo, 2022

| Dependencia | Modalidad y clave | Nombre del programa | Número de personas atendidas | | Proporción de personas atendidas | |
|-------------|-------------------|--|------------------------------|---------|----------------------------------|---------|
| | | | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres |
| Sader | S293 | Producción para el Bienestar* | 343,158 | 483,223 | 18.3 | 25.8 |
| SEP | S243 | Programa de Becas Elisa Acuña | 139,013 | 111,380 | 55.5 | 44.5 |
| SEP | S300 | Fortalecimiento a la Excelencia Educativa** | ND | ND | ND | ND |
| Semarnat | S046 | Programa de Conservación para el Desarrollo Sostenible | 13,103 | 11,631 | 53.0 | 47.0 |
| Semarnat | S219 | Apoyos para el Desarrollo Forestal Sustentable* | 17,515 | 44,540 | 0.2 | 0.6 |
| Bienestar | S287 | Sembrando vida | 147,936 | 322,791 | 31.4 | 68.6 |
| INPI | S249 | Programa para el Bienestar Integral de los Pueblos Indígenas | 59,627 | 54,253 | 52.4 | 47.6 |
| Bienestar | E003 | Servicios a Grupos con Necesidades Especiales | 1,364,174 | 905,399 | 60.1 | 39.9 |

* En estos programas la suma de la población atendida de mujeres y hombres no corresponde con la cifra total de población atendida de 2022.

** No se identificó a la población atendida desagregada por sexo para el programa Fortalecimiento a la Excelencia Educativa (SEP).

Fuente: elaboración del CONEVAL.

Respecto a los recursos económicos que recibieron estos programas para atender a su población objetivo, cinco de ellos tuvieron menos presupuesto en 2022 que en 2021. La reducción más grande la tuvo el Programa de Becas Elisa Acuña (S243) (1,395.2 millones de pesos [mdp]), seguido de Apoyos para el Desarrollo Forestal Sustentable (S219) (981.5 mdp). En cambio, tres programas dispusieron de más presupuesto: Fortalecimiento a la Excelencia Educativa (S300), Programa de Conservación para el Desarrollo Sostenible (S046) y Servicios a Grupos con Necesidades Especiales (E003) (cuadro 9).

Cuadro 9. Presupuesto ejercido por los programas federales de desarrollo social con vinculación directa al derecho al trabajo de las mujeres, 2021 y 2022 (millones de pesos)*

| Dependencia | Modalidad y clave | Nombre del programa | Presupuesto ejercido | |
|-------------|-------------------|--|----------------------|------------|
| | | | 2021 | 2022 |
| Sader | S293 | Producción para el Bienestar | \$9,275.3 | \$9,001.7 |
| SEP | S243 | Programa de Becas Elisa Acuña | \$2,767.0 | \$1,371.9 |
| SEP | S300 | Fortalecimiento a la Excelencia Educativa | \$129.3 | \$461.8 |
| Semarnat | S046 | Programa de Conservación para el Desarrollo Sostenible | \$100.6 | \$149.3 |
| Semarnat | S219 | Apoyos para el Desarrollo Forestal Sustentable | \$1,715.2 | \$733.7 |
| Bienestar | S287 | Sembrando Vida | \$19,407.8 | \$19,088.0 |
| INPI | S249 | Programa para el Bienestar Integral de los Pueblos Indígenas | \$741.1 | \$620.3 |
| Bienestar | E003 | Servicios a Grupos con Necesidades Especiales | \$21.5 | \$25.8 |

* El presupuesto se presenta a precios constantes de 2013.

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la Cuenta de la Hacienda Pública que emite la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) anualmente.

Programas federales de desarrollo social para la atención del derecho a la seguridad social

En relación con los programas de desarrollo social federal vinculados a las principales dimensiones del derecho a la seguridad social, como ya se expresó, se identificaron 14; de ellos, ocho programas tienen una vinculación directa, puesto que atienden alguna dimensión del derecho y cuentan con objetivos, apoyos, componentes, o actividades dirigidas a las mujeres y seis presentan una vinculación indirecta porque atienden el derecho para toda la población sin especificar acciones para las mujeres (cuadro 10).

Cuadro 10. Listado de programas federales de desarrollo social que atienden el derecho a la seguridad social de las mujeres por tipo de vinculación

| Dependencia | Modalidad y clave | Nombre del programa | Subdimensión del derecho | Tipo de vinculación |
|----------------|-------------------|---|---|---------------------|
| Salud | E023 | Atención a la Salud | Protección ante la enfermedad | Directa |
| Salud | S200 | Fortalecimiento a la Atención Médica | Protección ante la enfermedad | Directa |
| STPS | S280 | Jóvenes Construyendo el Futuro | Protección ante la enfermedad e invalidez riesgos trabajo | Directa |
| IMSS-Bienestar | S038 | Programa IMSS-Bienestar | Protección ante la enfermedad | Directa |
| IMSS | E001 | Prevención y Control de Enfermedades | Protección ante la enfermedad | Directa |
| IMSS | E011 | Atención a la Salud | Protección ante la enfermedad | Directa |
| ISSSTE | E043 | Prevención y Control de Enfermedades | Protección ante la enfermedad | Directa |
| ISSSTE | E044 | Atención a la Salud | Protección ante la enfermedad | Directa |
| Bienestar | S174 | Programa de Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras | Insuficiencia de ingresos, cuidado de niñas y niños | Indirecta |
| IMSS | E007 | Servicios de Guardería | Insuficiencia de ingresos, cuidado de niñas y niños | Indirecta |
| ISSSTE | E048 | Servicios de Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil | Insuficiencia de ingresos, cuidado de niñas y niños, orfandad | Indirecta |
| Bienestar | S176 | Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores | Insuficiencia de ingresos, vejez | Indirecta |
| IMSS | E003 | Atención a la Salud en el Trabajo | Protección ante la invalidez | Indirecta |
| Salud | U013 | Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral | Protección ante la enfermedad | Indirecta |

Fuente: elaboración del CONEVAL.

Al respecto, la mayoría de los programas con vinculación directa al ejercicio del derecho a la seguridad social y que definen apoyos o componentes para las mujeres tienen que ver con la protección ante la enfermedad. Por ejemplo, Atención a la Salud (E023), de la Secretaría de Salud, se orienta a la población que no cuenta con seguridad social para proporcionar atención médica y hospitalaria gratuita. Este programa ofrece servicios especializados a las mujeres a través del Instituto Nacional de Perinatología, a efectos de garantizar el acceso efectivo a la atención integral a mujeres sin seguridad social (DOF, 2020a).

En particular, el Programa IMSS-Bienestar (S038) presta servicios a la población sin seguridad social mediante el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), el cual vincula los servicios de salud y la acción comunitaria. De acuerdo con las ROP del programa, los hospitales de segundo y tercer nivel del IMSS brindan atención médica (incluida la del parto y del recién nacido) a las mujeres embarazadas que se identifiquen como beneficiarias del programa, sin perjuicio del eficaz otorgamiento de las prestaciones a que tienen derecho las y los trabajadores y demás beneficiarios del régimen obligatorio.

Por su parte, Fortalecimiento a la Atención Médica (S200) de la Secretaría de Salud tiene el objetivo de prestar servicios de atención primaria en salud en las entidades federativas con base en la aportación de recursos presupuestarios federales y la asignación de recursos humanos en localidades con una población menor de 2,500 personas. Entre las acciones desarrolladas en el marco de este programa se encuentra la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en grupos de riesgo como las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. Asimismo, ejecuta acciones de obstetricia, diagnósticos médicos y atención a padecimientos relacionados con el estado de gravidez por medio de las Unidades Médicas Móviles.

En el caso de los programas orientados a las personas derechohabientes del IMSS y del ISSSTE Prevención y Control de Enfermedades (E001 y E043, respectivamente) ofrecen consultas preventivas a mujeres embarazadas y atienden embarazos de alto riesgo; el programa E001, adicionalmente, integra indicadores de seguimiento a la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino y a la tasa de mortalidad por cáncer de mama.

Respecto a la invalidez por riesgos en el trabajo, Jóvenes Construyendo el Futuro (S280) de la STPS ofrece prestaciones en especie del IMSS a las y los aprendices (jóvenes entre 18 a 29 años) que se capacitan en el programa y les da cobertura en enfermedad y maternidad a través del mismo instituto.

Tiene vinculación indirecta el Programa de Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras (S174) de Bienestar, que provee un apoyo económico a las niñas y niños desde recién nacidos hasta un día antes de cumplir los cuatro años, o hasta un día antes de cumplir los seis años en el caso de las personas con discapacidad; como ya se explicó, uno de los criterios para ser beneficiario es que la madre, el padre solo o el tutor esté trabajando, buscando empleo o estudiando y no cuente con el servicio de cuidado y atención infantil a través de instituciones públicas de seguridad social u otros medios. Una de las modalidades del programa es apoyar a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes, desde recién nacidos hasta los 23 años, en situación de vulnerabilidad por la ausencia permanente de la madre, causada por su fallecimiento. Debido a que este programa no cuenta con acciones específicas para las mujeres, esta intervención se vincula de forma indirecta para atender el derecho a la seguridad social de las mujeres en relación con el cuidado de niñas y niños.

El Programa de Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras (S174) es producto de un cambio en la política de cuidados, puesto que se deriva de las modificaciones al

programa Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, el cual ofrecía apoyos iniciales para establecer estancias infantiles, y la fusión del Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia, que apoyaba a niñas, niños, adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad por orfandad materna.

De esta forma, el Programa de Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras (S174) pasa de centrarse en el mejoramiento de las condiciones de acceso y permanencia en el mercado laboral de madres, padres solos o tutores que trabajan, buscan empleo o estudian, a la mejora de las condiciones de los derechos sociales de niñas, niños, adolescentes y jóvenes (CONEVAL, 2022e). En virtud de ello, sufre una transformación sustancial una intervención que había probado su efectividad para promover la participación en el mercado laboral de mujeres de escasos recursos con hijas e hijos pequeños, al incrementar su probabilidad de incorporarse a un empleo y sus posibilidades de insertarse en empleos de medio tiempo con mayor flexibilidad dado el mayor número de horas disponibles que las mujeres tenían para trabajar (CONEVAL, 2019b).

Otros programas con vinculación indirecta a la atención de problemáticas que obstaculizan el ejercicio a la seguridad social de las mujeres con respecto al cuidado de niños y niñas son Servicios de Guarderías (E007) del IMSS y Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil (E048) del ISSSTE. Estos se dirigen a personas trabajadoras derechohabientes y prestan los servicios de cuidado de sus hijas e hijos en la primera infancia, sin establecer acciones específicas para las mujeres.

En cuanto a los aspectos del derecho a la seguridad social relacionados con la insuficiencia de ingresos y protección en la vejez, se encuentra Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores (S176) de Bienestar, cuyo objetivo es mejorar la situación de protección social de la población de 65 años o más a través de apoyos económicos; pero tiene una vinculación indirecta debido a que no cuenta con apoyos específicos destinados a las mujeres ni con criterios de priorización hacia ellas.

Las entrevistas muestran que, sin importar su pertenencia étnica, su posición en el hogar o la organización de este, las mujeres adultas mayores reciben apoyos gubernamentales mediante la Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores y debido a la amplia difusión del programa, al cumplir 65 años, las mujeres comienzan los trámites para ser beneficiarias.



Por último, de la información disponible se observa que el programa Atención a la Salud en el Trabajo (E003) del IMSS se enfoca en dictaminar accidentes de trabajo, elaborar estudios preventivos y capacitaciones de seguridad en el trabajo en empresas afiliadas a esta institución. Sin embargo, no se evidencian acciones puntuales orientadas a las mujeres. Asimismo, se desconoce si dicha intervención, destinada a prevenir los riesgos en el trabajo, considera las necesidades de las mujeres en los espacios laborales; esto amerita un análisis detallado dada la variedad de riesgos a los que están expuestas las mujeres: exigencias emocionales, exigencia de conjugar las demandas laborales y

familiares, situaciones de acoso sexual y laboral, etcétera, que deben contemplarse en las acciones preventivas (OIT, s.f.). Cabe precisar que en 2018 se expidió la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018 Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-identificación, análisis y prevención, que en la identificación de los factores de riesgo apunta a la interferencia en la relación trabajo-familia y la violencia laboral.

De los ocho programas federales de desarrollo social con vinculación directa al derecho a la seguridad social de las mujeres, el de mayor eficiencia en cobertura (es decir, la relación entre la población atendida y la población objetivo) y el que tuvo un mayor incremento entre 2021 a 2022 fue Prevención y Control de Enfermedades (E043) del ISSSTE. Tanto ese programa como el de Atención a la Salud (E044), ambos del ISSSTE, presentaron una eficiencia superior a 100%, es decir, atendieron a más población de la que tenían como objetivo. En contraste, Jóvenes Construyendo el Futuro (S280) tuvo una caída de 39.6 puntos porcentuales de 2021 a 2022, la mayor de los ocho programas que se presentan, pues pasó de 121.7% a 82.2% (cuadro 11).

Cuadro 11. Porcentaje de eficiencia en cobertura de los programas federales de desarrollo social con vinculación directa al derecho a la seguridad social de las mujeres, 2021 y 2022

| Dependencia | Modalidad y clave | Nombre del programa | Eficiencia en cobertura (población atendida / población objetivo) (%) | |
|----------------|-------------------|--------------------------------------|---|-------|
| | | | 2021 | 2022 |
| Salud | E023 | Atención a la Salud | 85.9 | 91.9 |
| Salud | S200 | Fortalecimiento a la Atención Médica | 100.0 | 88.9 |
| STPS | S280 | Jóvenes Construyendo el Futuro | 121.7 | 82.2 |
| IMSS-Bienestar | S038 | Programa IMSS-Bienestar | 62.7 | 62.8 |
| IMSS | E001 | Prevención y Control de Enfermedades | 36.8 | 45.2 |
| IMSS | E011 | Atención a la Salud | 87.7 | 88.3 |
| ISSSTE | E043 | Prevención y Control de Enfermedades | 110.3 | 132.0 |
| ISSSTE | E044 | Atención a la Salud | 112.5 | 109.3 |

Fuente: elaboración del CONEVAL.

Al analizar la distribución de la población atendida entre mujeres y hombres, seis de los ocho programas con vinculación directa al derecho a la seguridad social de las mujeres tenían información para el ejercicio fiscal 2022. En las intervenciones con datos disponibles, las mujeres representan la mayoría de las personas beneficiarias para ese año. La población de mujeres atendidas fue de 52.4% (en el Programa IMSS-Bienestar [S038]) a 62.6% (en el de Atención a la Salud [E044] del ISSSTE) (cuadro 12).

Cuadro 12. Población atendida por los programas federales de desarrollo social con vinculación directa al derecho a la seguridad social de las mujeres según sexo, 2022

| Dependencia | Modalidad y clave | Nombre del programa | Número de personas atendidas | | Proporción de personas atendidas | |
|----------------|-------------------|--|------------------------------|------------|----------------------------------|---------|
| | | | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres |
| Salud | E023 | Atención a la Salud | 809,937 | 598,180 | 57.5 | 42.5 |
| Salud | S200 | Fortalecimiento a la Atención Médica** | NA | NA | ND | ND |
| STPS | S280 | Jóvenes Construyendo el Futuro** | ND | ND | ND | ND |
| IMSS-Bienestar | S038 | Programa IMSS-Bienestar* | 3,846,644 | 3,487,530 | 52.4 | 47.5 |
| IMSS | E001 | Prevención y Control de Enfermedades | 12,266,054 | 10,877,442 | 53.0 | 47.0 |
| IMSS | E011 | Atención a la Salud | 28,703,772 | 25,300,808 | 53.2 | 46.8 |
| ISSSTE | E043 | Prevención y Control de Enfermedades | 2,558,937 | 1,591,603 | 61.7 | 38.3 |
| ISSSTE | E044 | Atención a la Salud | 1,406,612 | 839,026 | 62.6 | 37.4 |

* En este programa la suma de la población atendida de mujeres y hombres no corresponde con la cifra total de población atendida de 2022.
 ** No se identificó a la población atendida desagregada por sexo para los programas Fortalecimiento a la Atención Médica (SALUD) y Jóvenes Construyendo el Futuro (STPS).

Fuente: elaboración del CONEVAL.

Entre tanto, en 2021 los programas con vinculación directa a la atención de la seguridad social de las mujeres reportaron un presupuesto ejercido promedio de 33,889.6 mdp, mientras que en 2022 esta cifra incrementó a 36,427.7 mdp (cuadro 13). El Programa IMSS-Bienestar (S038) y Atención a la Salud (E044) presentaron un incremento en su presupuesto ejercido, con una variación anual de 38.6% y 38.5% entre 2021 y 2022, en tanto que Fortalecimiento a la Atención Médica (S200) mostró una variación anual de -28.7%, ubicándose como el programa con menor presupuesto ejercido en 2022 del grupo analizado.

Cuadro 13. Presupuesto ejercido por los programas federales de desarrollo social con vinculación directa al derecho a la seguridad social de las mujeres, 2021 y 2022 (millones de pesos)*

| Dependencia | Modalidad y clave | Nombre del programa | Presupuesto ejercido | |
|----------------|-------------------|--------------------------------------|----------------------|-------------|
| | | | 2021 | 2022 |
| Salud | E023 | Atención a la Salud | \$29,558.1 | \$31,993.0 |
| Salud | S200 | Fortalecimiento a la Atención Médica | \$789.1 | \$562.3 |
| STPS | S280 | Jóvenes Construyendo el Futuro | \$14,151.9 | \$13,820.1 |
| IMSS-Bienestar | S038 | Programa IMSS-Bienestar | \$9,380.8 | \$13,000.8 |
| IMSS | E001 | Prevención y Control de Enfermedades | \$4,214.9 | \$4,268.9 |
| IMSS | E011 | Atención a la Salud | \$191,840.2 | \$199,690.0 |
| ISSSTE | E043 | Prevención y Control de Enfermedades | \$3,372.4 | \$3,414.3 |
| ISSSTE | E044 | Atención a la Salud | \$17,809.7 | \$24,672.3 |

* El presupuesto se presenta a precios constantes de 2013.

Fuente: elaboración del CONEVAL.

Programas federales de desarrollo social para la atención del derecho a la salud

En esta sección se describen los resultados del ejercicio de vinculación de los programas federales de desarrollo social con las dimensiones del derecho a la salud de las mujeres (cuadro 5). Se identificaron 19 programas en total (cuadro 14), ocho de los cuales presentaron una vinculación directa a la atención del derecho ya que, en su población objetivo, los apoyos y los criterios de priorización, entre varios elementos de su marco normativo, se establece la atención o priorización hacia las mujeres.

Por su parte, 11 tienen una vinculación indirecta debido a que buscan atender problemáticas de salud que atañen a toda la población.

Cuadro 14. Listado de programas federales de desarrollo social que atienden el derecho a la salud de las mujeres por tipo de vinculación

| Dependencia | Modalidad y clave | Nombre del programa | Subdimensión del derecho | Tipo de vinculación |
|----------------|-------------------|---|--|---------------------|
| Salud | E036 | Programa de Vacunación | Accesibilidad económica a la salud Atención centrada en la persona | Directa |
| Salud | S200 | Fortalecimiento a la Atención Médica | Accesibilidad económica a la salud Accesibilidad física para la salud Atención centrada en la persona | Directa |
| STPS | S280 | Jóvenes Construyendo el Futuro | Accesibilidad económica a la salud Recursos humanos, infraestructura física y servicios médicos Acceso a la información Atención centrada en la persona | Directa |
| IMSS-Bienestar | S038 | Programa IMSS-Bienestar | Accesibilidad económica a la salud Accesibilidad física para la salud Atención centrada en la persona | Directa |
| IMSS | E001 | Prevención y Control de Enfermedades | Accesibilidad económica a la salud Accesibilidad física para la salud Atención centrada en la persona | Directa |
| IMSS | E011 | Atención a la Salud | Accesibilidad económica a la salud Efectividad y atención centrada en la persona Atención centrada en la persona | Directa |
| ISSSTE | E043 | Prevención y Control de Enfermedades | Acceso a la información de salud Accesibilidad económica a la salud Recursos humanos, infraestructura física y servicios médicos Atención centrada en la persona | Directa |
| ISSSTE | E044 | Atención a la Salud | Accesibilidad económica a la salud Recursos humanos, infraestructura física y servicios médicos Efectividad Atención centrada en la persona | Directa |
| Salud | E010 | Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud | Recursos humanos, infraestructura física y servicios médicos | Indirecta |
| Salud | E022 | Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud | Recursos humanos, infraestructura física y servicios médicos | Indirecta |
| Salud | E023 | Atención a la Salud | Accesibilidad física para la salud Accesibilidad económica a la salud Recursos humanos, infraestructura física y servicios médicos | Indirecta |
| Salud | E025 | Prevención y Atención contra las Adicciones | Recursos humanos, infraestructura física y servicios médicos Acceso a la información a la salud | Indirecta |
| Salud | U008 | Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes | Acceso a la información de salud Recursos humanos, infraestructura física y servicios médicos | Indirecta |
| Salud | U009 | Vigilancia Epidemiológica | Acceso a la información de salud Recursos humanos, infraestructura física y servicios médicos Efectividad Atención centrada en la persona | Indirecta |
| Salud | U013 | Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral | Accesibilidad económica a la salud Recursos humanos, infraestructura física y servicios médicos | Indirecta |
| IMSS | E004 | Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud | Recursos humanos, infraestructura física y servicios médicos | Indirecta |
| ISSSTE | E018 | Suministro de Claves de Medicamentos | Accesibilidad económica a la salud | Indirecta |

| Dependencia | Modalidad y clave | Nombre del programa | Subdimensión del derecho | Tipo de vinculación |
|--------------------------------|-------------------|---|---|---------------------|
| Sedatu SEP Cultura Salud | S281 | Programa Nacional de Reconstrucción | Recursos humanos, infraestructura física y servicios médicos | Indirecta |
| ISSSTE | E015 | Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud | Acceso a la información de salud Recursos humanos, infraestructura física y servicios médicos | Indirecta |

Fuente: elaboración del CONEVAL.

Los ocho programas con vinculación directa contribuyen al derecho a la salud con servicios, acciones preventivas y de promoción de la salud, por lo que se relacionan con las subdimensiones de accesibilidad económica, accesibilidad física a la salud y atención centrada en la persona.

Para la protección contra enfermedades prevenibles, como la infección por el virus del papiloma humano (VPH), el Programa de Vacunación (E036) de la Secretaría de Salud proporciona vacunas a las niñas que cursan el 5° grado de primaria o de 11 años de edad que están fuera del Sistema Educativo Nacional; además el programa lleva a cabo campañas de comunicación sobre la vacunación.

Respecto a la salud materna y la necesidad de atención prenatal durante la gestación, la atención especializada durante y después del parto para prevenir complicaciones que aparecen durante el embarazo o son preexistentes y que se buscan no agravar con la gestación, se identificó que Fortalecimiento a la Atención Médica (S200) de la Secretaría de Salud, el Programa IMSS-Bienestar (S038), Prevención y Control de Enfermedades (E043) y Atención a la Salud (E044) del ISSSTE, y Atención a la Salud (E011) y Prevención y Control de (E001) del IMSS prestan servicios de salud enfocados en la atención a embarazadas para reducir la mortalidad materna. Además, el programa Prevención y Control de Enfermedades (E001) del IMSS proporciona servicios para reducir la mortalidad por cáncer cervicouterino o de mama. Destaca que las intervenciones del IMSS y del ISSSTE atienden solo a sus derechohabientes.

El programa Prevención y Control de Enfermedades (E001) del IMSS realiza acciones para promover la educación para el cuidado de la salud; actividad física; asesorías en salud bucal y reproductiva; prevención de adicciones, accidentes, enfermedades y violencia; esta intervención ofrece también servicios de salud sexual y reproductiva para sus derechohabientes.

Del IMSS, Atención a la Salud (E011), brinda a la población derechohabiente servicios de salud a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, y realiza acciones de prevención terciaria dirigida a la rehabilitación mental.

Asimismo, Prevención y Control de Enfermedades (E043) del ISSSTE proporciona consultas preventivas a mujeres embarazadas y busca disminuir la prevalencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles de su población derechohabiente.

Por su parte, en 10 de los 11 programas con vinculación indirecta se identificaron mecanismos relacionados con la subdimensión de recursos humanos, infraestructura física y servicios médicos, pues ofrece tanto capacitación continua al personal de salud como apoyos económicos que fomentan

la investigación científica sobre problemas de salud de la población. Ambos elementos producen y actualizan procesos de atención médica que mejoran la calidad de los servicios de prestaciones médicas. Para atender las posibles problemáticas a causa del desabasto y acceso a fármacos, se identificó que el programa Suministro de Claves de Medicamentos (E018) del ISSSTE busca proveerlos completos en las farmacias adscritas a las unidades de primero, segundo y tercer nivel de atención del instituto; así también, Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral (U013) de la Secretaría de Salud proporciona medicamentos a las personas sin seguridad social en condiciones de alta o muy alta marginación.

A propósito de los medios para facilitar el acceso a información relevante sobre acciones de prevención, promoción y condiciones de salud, elemento necesario para el ejercicio del derecho a la salud en la población (CONEVAL, 2018a), el programa Vigilancia Epidemiológica (U009) de la Secretaría de Salud provee atención e información sobre las enfermedades infecciosas y transmisibles; de igual modo, Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (U008), también de la Secretaría de Salud, ofrece información y servicios de salud mediante acciones de detección, diagnóstico, tratamiento y control de sobrepeso, obesidad y las enfermedades no transmisibles en la población mayor de 5 años.

Derivado del ejercicio de vinculación se identificó que solo el programa Atención a la Salud (E011) del IMSS proporciona servicios de salud mental a sus derechohabientes y tiene dos implicaciones: no se encontraron intervenciones destinadas en específico a las mujeres ni acciones en materia de salud mental que ofrezcan atención a la población femenina no derechohabiente del IMSS. El tratamiento a la salud mental es fundamental sobre todo en el marco de la irrupción de la COVID-19, la cual tuvo un impacto severo en el bienestar de la población y su salud mental debido al temor a enfermarse, pérdida de familiares y amigos, inseguridad financiera, desempleo e implementación de medidas de confinamiento estrictas, entre otros factores (CONEVAL, 2022d).

En lo que concierne al acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual, Prevención y Control de Enfermedades (E001) del IMSS ejecuta acciones de planificación familiar y salud reproductiva; como cubre únicamente a derechohabientes del IMSS, no toda la población femenina tiene acceso a este tipo de servicios.

En materia de los riesgos en la salud derivados de la prevalencia de enfermedades no transmisibles como sobrepeso, obesidad y diabetes, se identificaron dos intervenciones gubernamentales enfocadas en estos padecimientos, pero sin buscar atender los riesgos en la salud de las mujeres derivados de sus necesidades diferenciales. Los programas señalados son Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (U008) de la Secretaría de Salud, que atiende a la población mayor de 5 años, y es responsabilidad de los 32 Servicios Estatales de Salud, y Prevención y Control de Enfermedades (E043) del ISSSTE enfocado en sus derechohabientes.

Por último, la consulta al marco normativo vigente de los programas arrojó que aquellos con vinculación indirecta se dirigen a toda la población y atienden subdimensiones del derecho como

la accesibilidad económica a la salud, el acceso a la información en salud y recursos humanos, infraestructura física y servicios médicos.

Respecto a la eficiencia en cobertura de los programas con vinculación directa al derecho a la salud de las mujeres, en general, en 2021 fue mayor que la de 2022 (cuadro 15) debido a la caída de la cobertura de tres programas: Jóvenes Construyendo el Futuro (S280), Fortalecimiento a la Atención Médica (S200) y Atención a la Salud (E044) con un decremento de 39.6, 11.1 y 3.3 puntos porcentuales, respectivamente. A pesar de la caída en la relación entre la población atendida y la población objetivo, dos programas lograron una eficiencia superior a 100%: Prevención y Control de Enfermedades (E043) y Atención a la Salud (E044), ambos operados por el ISSSTE.

Cuadro 15. Porcentaje de eficiencia en cobertura de los programas federales de desarrollo social con vinculación directa al derecho a la salud de las mujeres, 2021 y 2022

| Dependencia | Modalidad y clave | Nombre del programa | Eficiencia en cobertura (población atendida / población objetivo) (%) | |
|----------------|-------------------|--------------------------------------|--|-------|
| | | | 2021 | 2022 |
| Salud | E036 | Programa de Vacunación | 98.6 | 99.1 |
| Salud | S200 | Fortalecimiento a la Atención Médica | 100.0 | 88.9 |
| STPS | S280 | Jóvenes Construyendo el Futuro | 121.7 | 82.2 |
| IMSS-Bienestar | S038 | Programa IMSS-Bienestar | 62.7 | 62.8 |
| IMSS | E001 | Prevención y Control de Enfermedades | 36.8 | 45.2 |
| IMSS | E011 | Atención a la Salud | 87.7 | 88.3 |
| ISSSTE | E043 | Prevención y Control de Enfermedades | 110.3 | 132.0 |
| ISSSTE | E044 | Atención a la Salud | 112.5 | 109.3 |

Fuente: elaboración del CONEVAL.

Por otro lado, se identificó que, en todos los programas que cuentan con información de su población atendida desagregada según sexo, las mujeres representan una proporción mayor (cuadro 16).

Cuadro 16. Población atendida por los programas federales de desarrollo social con vinculación directa al derecho a la salud de las mujeres según sexo, 2022

| Dependencia | Modalidad y clave | Nombre del programa | Número de personas atendidas | | Proporción de personas atendidas | |
|----------------|-------------------|--|------------------------------|------------|----------------------------------|---------|
| | | | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres |
| Salud | E036 | Programa de Vacunación | 8,536,626 | 7,704,150 | 52.6 | 47.4 |
| Salud | S200 | Fortalecimiento a la Atención Médica** | NA | NA | NA | NA |
| STPS | S280 | Jóvenes Construyendo el Futuro** | ND | ND | ND | ND |
| IMSS-Bienestar | S038 | Programa IMSS-Bienestar* | 3,846,644 | 3,487,530 | 52.4 | 47.5 |
| IMSS | E001 | Prevención y Control de Enfermedades | 12,266,054 | 10,877,442 | 53.0 | 47.0 |
| IMSS | E011 | Atención a la Salud | 28,703,772 | 25,300,808 | 53.2 | 46.8 |
| ISSSTE | E043 | Prevención y Control de Enfermedades | 2,558,937 | 1,591,603 | 61.7 | 38.3 |
| ISSSTE | E044 | Atención a la Salud | 1,406,612 | 839,026 | 62.6 | 37.4 |

* En este programa la suma de la población atendida de mujeres y hombres no corresponde con la cifra total de población atendida de 2022.

** No se identificó a la población atendida desagregada por sexo para los programas Fortalecimiento a la Atención Médica (SALUD) y Jóvenes Construyendo el Futuro (STPS).

Fuente: elaboración del CONEVAL.

Al considerar el presupuesto ejercido por los programas con vinculación directa al derecho a la salud de las mujeres, se observó que en 2021 los programas registraron en promedio, 30,811.2 mdp; en 2022 esta cifra se incrementó a 33,039.2 mdp. El que evidenció la reducción más significativa fue Fortalecimiento a la Atención Médica (S200), con una variación anual de -28.7% entre 2021 y 2022. Mientras que, el Programa IMSS-Bienestar (S038) y Atención a la Salud (E044) contaron con una variación anual de 38.6% y 38.5%, respectivamente (cuadro 17).

Cuadro 17. Presupuesto ejercido por los programas federales de desarrollo social con vinculación directa al derecho a la salud de las mujeres, 2021 y 2022 (millones de pesos)*

| Dependencia | Modalidad y clave | Nombre del programa | Presupuesto ejercido | |
|----------------|-------------------|--------------------------------------|----------------------|-------------|
| | | | 2021 | 2022 |
| Salud | E036 | Programa de Vacunación | \$4,930.7 | \$4,885.0 |
| Salud | S200 | Fortalecimiento a la Atención Médica | \$789.1 | \$562.3 |
| STPS | S280 | Jóvenes Construyendo el Futuro | \$14,151.9 | \$13,820.1 |
| IMSS-Bienestar | S038 | Programa IMSS-Bienestar | \$9,380.8 | \$13,000.8 |
| IMSS | E001 | Prevención y Control de Enfermedades | \$4,214.9 | \$4,268.9 |
| IMSS | E011 | Atención a la Salud | \$191,840.2 | \$199,690.0 |
| ISSSTE | E043 | Prevención y Control de Enfermedades | \$3,372.4 | \$3,414.3 |
| ISSSTE | E044 | Atención a la Salud | \$17,809.7 | \$24,672.3 |

* El presupuesto se presenta a precios constantes de 2013.

Fuente: elaboración del CONEVAL.

Además de los programas y acciones revisados en este apartado, otros instrumentos de política contribuyen a garantizar los derechos de las mujeres. El Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) etiqueta los recursos para la igualdad de género en su Anexo 13 "Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres", que contiene el presupuesto desagregado por ramos administrativos y programas presupuestarios a los que la Cámara de Diputados destina los recursos federales para las mujeres y la igualdad de género (CONEVAL, 2014). Cabe señalar que según lo establecido en el último párrafo del artículo 41 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el presupuesto específico para este Anexo deberá corresponder, al menos, a la misma proporción del gasto programable que se aprobó en el ejercicio fiscal inmediato anterior (DOF, 2006a), con la finalidad de asegurar el financiamiento gubernamental del ámbito federal en la materia.

Al respecto, el presupuesto asignado en este anexo citado ha reportado un crecimiento sostenido: en 2021 el monto asignado³⁵ fue de 88,483'741,310 pesos constantes; en 2022, 150,550'265,148 pesos, y en 2023, 218,806'864,728 pesos. Este monto no contempla el presupuesto total de las intervenciones que abarca el anexo, sino la proporción que cada una de ellas destina a los objetivos del anexo. Por ejemplo, Sembrando Vida (S287) incluye en sus criterios de priorización a las mujeres y a otros grupos vulnerables; en 2022 dicho programa contó con un presupuesto de 25,232'434,190 pesos corrientes y al interior del Anexo 13 se le destinó un monto de 9,499'269,342 pesos corrientes. Es importante señalar que los criterios de asignación de los montos presupuestales que cada ramo administrativo

³⁵ De acuerdo con el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para los ejercicios 2021, 2022 y 2023. Se precisa que para efectos de este análisis los montos asignados se reportan a precios constantes.

o programa presupuestario asigna o inscribe para la integración del Anexo transversal no son públicos, que los recursos incorporados son declarados por las propias dependencias y entidades, y que no existe evidencia de que se solicite información específica (acciones, objetivos y metas) de los programas presupuestarios para validar los montos.

Los programas de desarrollo social comprendidos en el Anexo 13 fueron 43 en 2021, en 2022 aumentaron a 44 y en 2023 se añadieron cinco más para un total de 49 programas de desarrollo social. Respecto a la asignación presupuestal de los programas sociales contemplados en el Anexo 13, en 2021 englobó un monto de 100,995 mdp, en 2022 fue de 164,341 mdp y en 2023 de 234,368 mdp.³⁶ Al respecto, es necesario señalar que tampoco hay criterios de inclusión o exclusión para definir el universo de programas y acciones que integrarán el Anexo 13, por lo que no es posible afirmar que las intervenciones consideradas cuentan, en su diseño e implementación, con perspectiva de género o contribuyen de manera efectiva a cerrar brechas de desigualdad entre mujeres y hombres. En concordancia con el artículo 22 del PEF 2023, todos los programas federales, incluyendo los programas y acciones incorporados al Anexo 13, deberán, entre otras acciones:

- I. Incorporar el principio de igualdad entre mujeres y hombres y reflejarlo en el seguimiento del desempeño de los programas bajo su responsabilidad;
- II. Identificar y registrar la población objetivo y la atendida por dichos programas, diferenciada por sexo, grupo de edad, discapacidad, en su caso, región del país, entidad federativa, municipio o demarcación territorial de Ciudad de México, y población indígena en los sistemas que disponga la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y en los padrones de beneficiarios que correspondan;
- III. Fomentar la igualdad entre mujeres y hombres en el diseño y la ejecución de programas en los que, aun cuando no estén dirigidos a mitigar o solventar desigualdades de género, se pueden identificar de forma diferenciados los beneficios para mujeres y hombres.

En ese sentido, aunque es un avance importante contar con una herramienta que visibilice el esfuerzo de política enfocado en la igualdad entre mujeres y hombres, al contribuir a la transparencia y rendición de cuentas, persisten algunas áreas de oportunidad para lograr, de manera efectiva, ambos objetivos. Por lo tanto, es primordial que, a partir de análisis específicos y diagnósticos exhaustivos sobre las problemáticas que presentan las mujeres, se fijen los recursos necesarios en cada uno de los ramos del presupuesto, de tal forma que exista correspondencia entre las necesidades detectadas en el ejercicio de los derechos y los recursos destinados.

³⁶ Deflactados a año base 2013.

Hallazgos y recomendaciones



Para contribuir a la identificación de las problemáticas y desigualdades que persisten en el ejercicio de los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud de las mujeres, del análisis se desprendieron algunos hallazgos y recomendaciones.

Hallazgos

Derecho al trabajo

- La desigualdad y la discriminación hacia las mujeres obedecen a factores estructurales de carácter social y cultural. Con este antecedente, la implementación de leyes en favor de la igualdad entre hombres y mujeres y la no discriminación resulta insuficiente para cambiar las prácticas y actitudes que limitan el libre ejercicio del derecho de las mujeres (OACDH, 2018). De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Discriminación 2022, 19.7% de ellas declaró que fue discriminada cuando buscaba empleo y 24.1% manifestó que se le negó injustificadamente la oportunidad de trabajar u obtener un ascenso.
- Si bien en México se ha presentado una creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral, es el país con la mayor brecha en la tasa de participación económica entre mujeres y hombres de la región de América Latina y el Caribe: en 2022, México reportó una brecha de 32.1 puntos porcentuales, por encima del promedio de los países de la región,³⁷ la cual fue de 23.6 puntos porcentuales (Banco Mundial, s.f.).
- En los años recientes se ha presentado una creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral, pero más de la mitad aún se encuentran fuera. En el cuarto trimestre de 2022, la tasa de participación económica de las mujeres fue de 46.2%, frente a 76.5% de los hombres, lo que muestra una brecha de género que tiene efectos negativos en la autonomía económica de ellas.
 - La emergencia sanitaria por la COVID-19 impactó en mayor medida la participación femenina en las actividades económicas. Del primer al tercer trimestre de 2020, la tasa de participación de los hombres tuvo una caída de 3.7 puntos porcentuales, en tanto que 5.1 puntos porcentuales la de las mujeres. No obstante que al cuarto trimestre de 2022 (46.2%) esta se encontró en un nivel superior al de antes de la pandemia (45.4% en el cuarto trimestre de 2019) y redujo la brecha en la participación económica entre mujeres y hombres, las condiciones del empleo no se han recuperado de la misma manera.
- En las últimas décadas se ha observado un incremento en el acceso, permanencia y conclusión de la educación superior de las mujeres, pero subsisten brechas de género en cuanto a su presencia en las áreas de ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas, que son sectores dinamizadores de la economía, más productivos y mejor remunerados (CEPAL, 2022).

³⁷ Dado que México está catalogado como un país de ingreso mediano alto, se considera la clasificación América Latina y el Caribe (excluido altos ingresos).

- Debido al tiempo desproporcionado que dedican a las labores domésticas y de cuidados en los hogares, las mujeres disponen de menos tiempo para emplearse en un trabajo remunerado, factor que dificulta su integración al mercado laboral y a un trabajo digno; en cambio, se ven orilladas a emplearse principalmente en el sector informal e implica, en general, recibir bajos ingresos y no acceder a prestaciones como seguridad social (servicios de salud, guarderías, capacitación, pensiones, etcétera), lo que limita su autonomía económica y vulnera su capacidad para conciliar la vida laboral con la familiar.
 - Entre las mujeres, aquellas que son madres se insertan en el mercado laboral en condiciones en donde deben combinar la crianza de los hijos y los quehaceres domésticos con las actividades laborales (INMUJERES, 2018). En 2020, la tasa de participación económica de las mujeres de 25 a 44 años con hijos fue de 61.2% frente a 78.1% de las mujeres que no son madres; esto arroja una brecha de participación económica entre ambas de 16.9 puntos porcentuales.
 - Del primer trimestre de 2018 al cuarto trimestre de 2022, la principal razón que mencionaron las mujeres que forman parte de la PNEA para no buscar empleo fue no tener quien cuidara a sus hijas o hijos pequeños, personas adultas mayores o enfermas (47.6%), frente a 5.3% de los hombres. Para estos últimos, la principal razón para no buscar empleo fue el temor a ser discriminados por edad o apariencia, con 28.9%.
 - Las mujeres se emplean más en la informalidad que los hombres. Al cuarto trimestre de 2022, 56.1% de las mujeres ocupadas laboraba en este sector, así como 54.4% de los hombres.
 - Debido a la caída de la actividad económica por la pandemia, la tasa de informalidad laboral alcanzó su punto más bajo en el tercer trimestre de 2020; al cuarto trimestre de 2022 la brecha en la tasa entre hombres y mujeres fue de 1.7 puntos porcentuales: en su mayoría, las mujeres trabajadoras se concentran en el sector informal.
 - En el primer trimestre de 2018 las personas trabajadoras asalariadas sin contrato, pero con acceso a prestaciones fue de 26.1% (10.9% de mujeres frente a 15.2% de hombres), dato que en el cuarto trimestre de 2022 fue de 24.7% (10.5% mujeres y 14.1% de hombres).
- Aun cuando las mujeres se incorporaron más al trabajo remunerado, la dinámica familiar y la redistribución de las tareas domésticas y de cuidado permanecieron igual, de modo que continuó la desigualdad en la distribución del tiempo de trabajo remunerado y no remunerado entre ambos sexos.
 - De 2014 a 2019 el tiempo promedio semanal que los hombres de 12 años o más dedicaban al trabajo remunerado pasó de 48.1 a 47.7 horas, mientras que en ese mismo lapso las mujeres destinaron de 38.0 y 37.9 horas semanales respectivamente a esta actividad.

- Las mujeres invierten casi tres veces más tiempo en la realización de actividades en los hogares: los hombres destinaron 17.6 horas semanales en 2014 y 19.6 en 2019 al trabajo no remunerado, mientras que las mujeres dedicaron 50.1 y 50.4 horas semanales en cada uno de esos años.
- Las mujeres hablantes de lengua indígena destinan en promedio cinco horas más al trabajo no remunerado de los hogares que las mujeres no hablantes de lengua indígena, mismo número de horas más a la semana que estas últimas dedican al trabajo para el mercado.
- Mujeres y hombres se insertan en sectores de actividad diferenciados y específicos: 52.4% de los hombres ocupados labora en el sector terciario, frente a 77.8% de las mujeres. La segregación ocupacional puede contribuir a mantener las diferencias en los ingresos debido a que los salarios varían en función de las ocupaciones, y aquellas en las que prevalecen las mujeres tienen, en promedio, salarios inferiores a causa de la infravaloración de su trabajo (OIT, 2016).
- Las diferencias en los tipos de trabajo y en el tiempo que pueden destinar las personas al trabajo remunerado incide de forma directa en las brechas de ingresos entre mujeres y hombres (Vaca, 2019). Al cuarto trimestre de 2022, 1.6 millones de las mujeres ocupadas no percibían ingresos (6.6%) y poco más de la tercera parte de ellas recibía un salario mínimo (38.8%), en contraste con 25.2% de los hombres ocupados. Persiste la brecha entre mujeres y hombres.
- El trabajo doméstico no remunerado y de cuidados suele considerarse como un trabajo que no requiere calificación, lo que ocasiona que se le reste valor. En consecuencia, se alienta la discriminación hacia las mujeres (ONU Mujeres, 2015b).
 - Para 2019, del tiempo total de trabajo de la población de 12 años o más, 49.4% correspondía a trabajo no remunerado; 47.9% a trabajo para el mercado, y 2.8% a la producción de bienes para uso exclusivo del hogar. Esto refleja que del total del tiempo destinado al trabajo y que contribuye a la economía del país, casi 5 de cada 10 horas no recibían pago (INEGI e INMUJERES, 2020).
 - En 2021, el valor del trabajo no remunerado en las labores domésticas y de cuidados efectuadas por las personas mayores de 12 años integrantes de los hogares representó 26.3% del PIB, equivalente a 6.8 billones de pesos a precios corrientes. Las mujeres contribuyeron con 19.1% de ese monto y los hombres con 7.2%, lo que significa que las mujeres aportaron casi tres veces más valor económico a través del trabajo doméstico no remunerado que los hombres.

- La cantidad de tiempo que las mujeres aportan a las labores domésticas y de cuidados no remuneradas aumenta cuando hay niñas y niños menores en el hogar, traduciéndose en una “penalización en el empleo vinculada con la maternidad” que implica obstáculos a los que se enfrentan las mujeres para conseguir trabajos de mejor calidad (OIT, 2019).
 - En 2019 el cuidado a menores de 14 años presenta la mayor diferencia en tiempo entre mujeres y hombres. Las mujeres dedican 24.1 horas en promedio a la semana, frente a 11.5 horas de los hombres.
- Los prejuicios y estereotipos de género generalizados inciden tanto el acceso y la permanencia de las mujeres en el mercado de trabajo como la posibilidad de acumular experiencia al limitar sus perspectivas ocupacionales y salariales. Esto incide negativamente en su capacidad de adaptarse a los cambios y desafíos que demanda el empleo (Vaca, 2019), además de vulnerar su estabilidad laboral y no contar con la certidumbre que genera el acceso a ingresos y la mejora de prestaciones vinculadas a la antigüedad (CONEVAL, 2018b). Los años de antigüedad promedio en el último trabajo de la población ocupada en 2022 fue de 8.9 años: 7.4 años para las mujeres y 10.0 años de los hombres.
- La violencia de género se presenta en los diversos ámbitos de la vida de las mujeres y tiene consecuencias a corto y largo plazo, al impedirles participar plenamente y en igualdad en la sociedad (ONU Mujeres, s.f.). Los actos de violencia que viven las mujeres en el trabajo alteran su entorno laboral y sus relaciones interpersonales, al grado de ser decisivos para el abandono temporal o definitivo en el mercado laboral, y perjudicar su salud mental y física (Barling, 1996).
 - En 2021, 70.1 % de las mujeres de 15 años o más dijo haber sido víctima de algún acto de violencia, es decir, 4.0 puntos porcentuales más que en 2016 (66.1 %). La prevalencia de violencia contra las mujeres de 2016 a 2021 en el ámbito laboral pasó de 26.6% a 27.9%. En 2021, cerca de 7.9 millones de mujeres (19.7%) de 15 años o más que habían trabajado, afirmaron haber experimentado algún incidente de violencia laboral a lo largo de su vida.
 - En 2021, a 4.0% de las mujeres asalariadas de 15 años o más se le pidió la prueba de embarazo como requisito para trabajar o para conservar su trabajo en los últimos 12 meses; 3.2% señaló que, por su edad, por su estado civil o porque tiene hijos pequeños no la contrataron, le bajaron el salario o la despidieron.
 - En ese mismo año (2021), 5.2% de las mujeres de 15 años o más que en ese momento o antes estaban unidas reportó que su pareja peleaba con ellas o las maltrataba por decidir trabajar o estudiar. Por su parte, 4.0% mencionó que su pareja reaccionaba de esa forma debido a que ella decidía qué hacer con el dinero que ganaba o del que disponía.

- Del ejercicio de vinculación de los programas federales de desarrollo social con la atención de las subdimensiones del derecho al trabajo:
 - Se identificaron 40 programas federales de desarrollo social relacionados con la atención del derecho al trabajo de las mujeres: 32 con vinculación indirecta y ocho con vinculación directa porque atienden las dimensiones del derecho analizado y establecen la atención o priorización hacia las mujeres en elementos de su diseño.
 - Se identificó que se dirigen en mayor medida a proporcionar capacitación y formación profesional y técnica, mejorar el ingreso y facilitar el acceso a la información sobre oferta laboral e identificación de empleos disponibles. De las 30 intervenciones que proporcionan capacitación, cinco cuentan con elementos dirigidos a la atención de las mujeres en sus objetivos, y/o componentes, y/o criterios de priorización.
 - Los programas con vinculación directa son Producción para el Bienestar (Sader), Programa de Becas Elisa Acuña (SEP), Fortalecimiento a la Excelencia Educativa (SEP), Programa de Conservación para el Desarrollo Sostenible (Semarnat), Sembrando Vida (Bienestar), Programa para el Bienestar Integral de los Pueblos Indígenas (INPI) y Servicios a Grupos con Necesidades Especiales (Bienestar). Cabe señalar que los primeros cinco se orientan a la capacitación y formación profesional y técnica.

Derecho a la seguridad social

- La carencia por acceso a la seguridad social ha sido la carencia social más recurrente en la población: en 2022 se ubicó en 50.2%, lo que implicó que 33.0 millones de mujeres (51.0%) y 31.7 millones de hombres (49.0%) presentaron esta carencia, equivalente a alrededor de 1.3 millones de mujeres más en relación con los hombres.
- Las mujeres indígenas (según pertenencia étnica) declararon disminuciones en el nivel de la carencia por acceso a la seguridad social pues en 2018 fue de 77.6%, en 2020 de 77.1% y en 2022 de 75.1%. Sin embargo, más de 7 de cada 10 mujeres indígenas la padecieron.
- Las mujeres presentan trayectorias laborales más irregulares y, por lo tanto, acceden menos a esquemas de seguridad social en las edades laborables y de retiro que los hombres (CONEVAL, 2021e). Además, factores asociados a los roles de género en la sociedad y a la estructura de los hogares, las mujeres dedican la mayor parte de su tiempo al trabajo doméstico no remunerado, por lo que se insertan mayoritariamente en condiciones de informalidad y son excluidas de la cobertura de la seguridad social (Mendizábal, 2007; Ramírez et al., 2020).
- El acceso diferenciado a la protección social hace que las mujeres tengan menor cobertura y beneficios más bajos en cuanto al acceso a servicios médicos, cotizaciones a la seguridad social, atención ante riesgos de trabajo y maternidad, y pensiones. En este sentido,

de la ENIGH se desprende que en 2020 había una brecha de 8.9 puntos porcentuales entre las mujeres ocupadas que nunca habían cotizado en alguna institución de seguridad social (48.9%) y los hombres en la misma situación (40.0%).

- La brecha se agudiza en la población de 65 años o más, ya que, en 2020, 80.4% de las mujeres adultas mayores ocupadas no habían realizado ninguna aportación a las instituciones de seguridad social a lo largo de su vida productiva, cifra que para los hombres fue de 52.3%.
- En 2020, 97.5% de las mujeres adultas mayores indígenas (según pertenencia étnica) que residían en el ámbito rural nunca habían cotizado a una institución de seguridad social.
- La menor incursión de las mujeres en empleos formales acrecienta la dificultad de acumular el tiempo necesario para acceder a las prestaciones de seguridad social, lo que repercute en las pensiones de las que pueden ser beneficiarias en la vejez (Ramírez et al., 2020)
- Ya que en México el esquema contributivo de seguridad social está vinculado directamente con la condición laboral de las personas, los beneficios recaen primordialmente en la población que se encuentra inserta en el mercado laboral formal, de modo que existe una marcada diferencia entre las pensiones a las que acceden las mujeres y los hombres. Información de la ENIGH indica que las mujeres adultas mayores (de 65 años o más) que recibieron pensión contributiva en 2016 fueron 22.7% en 2020, 25.2%; para los hombres fueron 40.5% y 42.6%, respectivamente, lo que evidencia una brecha de 17.8 para 2016 y de 17.4 para 2020.
- En 2020, según la ENIGH, las mujeres de 65 años o más que recibieron transferencias monetarias por programas para personas adultas mayores fue de 57.4%, contra 53.7% de los hombres; sin embargo, las mujeres adultas mayores cuya principal fuente de ingreso monetario provenía de programas sociales fue mayor (42.8%) en relación con los hombres en este mismo rango de edad (23.6%), lo que implica una brecha de 19.2 puntos porcentuales.
- Del ejercicio de vinculación de los programas federales de desarrollo social con atención al ejercicio del derecho a la seguridad social:
 - Se identificaron 14 programas orientados al derecho a la seguridad social, de los cuales ocho tienen vinculación directa con alguna dimensión del derecho y además cuentan con objetivos y/o acciones destinadas a las mujeres, en tanto que seis tienen una vinculación indirecta puesto que no cuentan con acciones específicas para las mujeres.

- El aspecto de la seguridad social que contempla acciones específicas para las mujeres es la protección ante la enfermedad, especialmente para la atención a casos de obstetricia y ginecología, tanto para la población que cuenta con derechohabencia como para la que accede a programas dirigidos a población sin seguridad social.
- No obstante que el objetivo del Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores es mejorar la protección social de toda la población adulta mayor de 65 años o más a través de apoyos económicos, dicha intervención no cuenta con acciones específicas para las mujeres en esta etapa de vida.
- La población derechohabiente (hombres y mujeres con un empleo formal) puede acceder a servicios de guardería para el cuidado de niñas y niños, lo que posibilita su permanencia laboral; las personas que no cuentan con seguridad social se benefician a través del Programa de Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras, el cual otorga un apoyo económico ya sea a madres, padres o tutores para el cuidado de sus hijos e hijas.
- La población objetivo del Programa de Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras son niños y niñas en situación de vulnerabilidad. De esta forma, ofrece un apoyo económico para dicha población sin elementos adicionales encaminados a mejorar el acceso y permanencia de las mujeres al mercado laboral y que ofrezcan servicios de cuidado especializado, como guarderías.

Derecho a la salud

- En 2020 las mujeres se situaban en una situación de desventaja y vulnerabilidad en la atención en salud: de 75% de las afiliadas a los servicios de salud, más de la mitad lo estaba mediante acceso indirecto y contaba, en consecuencia, con cobertura limitada de las enfermedades a las que se exponen. Además de considerar que las instituciones de salud tienen una capacidad diferenciada de atención; entonces, los instrumentos no contributivos tienen menor cobertura y son en los que las mujeres se inscriben más que los hombres.
- La población derechohabiente que recibió servicios preventivos en instituciones públicas ha mostrado una tendencia decreciente, al pasar de 49.2% en 2016 a 47.8% en 2018 y a 38.7% en 2020. Al considerar la atención de mujeres y hombres, las primeras accedieron más a servicios preventivos; sin embargo, también se observa una disminución en los porcentajes reportados para estos mismos años a 50.8%, 49.4% y 39.4%.

- Las mujeres afiliadas al SP/Insabi fueron las que en mayor proporción reportaron haber hecho pagos para recibir atención médica en el último año: en 2020, 68.4%, seguido de las mujeres afiliadas al IMSS (57.4%), ISSSTE (58.8%) y Pémex (50.0%); 88.8% de las mujeres sin afiliación también experimentó tal situación. La realización de pagos para la atención médica vulnera a todas las personas, pero las mujeres no afiliadas a ninguna institución fueron las que pagaron más por recibir atención debido a las limitaciones que enfrentan para tener acceso a la protección social en salud (OPS, 2017).
- Además de priorizar la disponibilidad física y de recursos humanos para asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud, es fundamental contar con una atención integral a lo largo del curso de vida y acorde con las necesidades específicas de las personas. En este sentido, la atención de la salud de las mujeres debe considerar todos los procesos relacionados con sus particularidades biológicas, tanto en la reproducción como en etapas previas y posteriores a la edad reproductiva, así como en su sexualidad (INMUJERES y UNIFEM, 2002), en virtud de que la morbilidad es más elevada en las mujeres que en los hombres y son ellas las que recurren más a los servicios de salud, en particular a los de salud reproductiva (OMS, 2018). Sobre este particular se sabe que:
 - La población de mujeres que recibió atención prenatal respecto a los nacimientos registrados ha disminuido. En 2015, 98.1 % de mujeres no indígenas recibió atención prenatal, mientras que en 2021 fueron 96.9%. En relación con las mujeres indígenas, 94.7% recibió atención prenatal en 2015, pero en 2021 solo 90.7%.
 - La mayoría de las complicaciones que derivan en muertes maternas son prevenibles o tratables. A ese efecto, todas las mujeres requieren acceso a cuidados de primera calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio (OMS, 2023).
 - Si bien la razón de mortalidad materna presentó una tendencia decreciente al pasar de 42.1 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en 2012 a 33.8 en 2019, para 2020 esta razón aumentó a 53.9 y en 2021 todavía más, a 58.6 (Salud, 2023a).
 - La prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, la hipertensión arterial y la obesidad es más alta para mujeres respecto a los hombres. Dado que la prevalencia de las primeras dos enfermedades se incrementa conforme aumenta la edad, da cuenta de la necesidad de priorizar las acciones de prevención y promoción de la salud.
 - En 2021, los tumores malignos constituyeron la cuarta causa de mortalidad en mujeres. Los cánceres de mama y cervicouterino son las afecciones que más a menudo producen la muerte o alguna discapacidad entre las mujeres.

- El embarazo durante la adolescencia es una problemática que tiende a profundizar las desigualdades y limita el ejercicio de los derechos de niñas y adolescentes, en específico, su derecho a vivir una vida libre de violencia, así como contar con servicios de educación sexual y reproductiva (CONEVAL, 2022b). Adicionalmente, puede ocasionar que las mujeres tengan una menor probabilidad de ser parte de la fuerza laboral y limitar sus oportunidades de autonomía económica (Banco Mundial, 2021).
- Las condiciones de salud de las mujeres son más complejas y se relacionan con el género, ya que en las actividades no remuneradas que desempeñan en sus hogares, como el trabajo doméstico y de cuidados, enfrentan riesgos cotidianos que las conducen en ocasiones a la pérdida de autonomía física (Ramírez et al., 2020). Así, la distribución desigual del tiempo que mujeres y hombres dedican a estas actividades tiene un impacto en su salud.
 - Las tareas asignadas a las mujeres limitan sus posibilidades de dedicar tiempo a otras tareas no productivas necesarias para la reproducción social y el bienestar humano, como son las actividades de entretenimiento y convivencia. Las mujeres destinan menos horas promedio a la semana a actividades de esparcimiento como juegos y aficiones (4.1 horas, frente a 5.9 de los hombres), pero más tiempo a la convivencia familiar y social (8.6 horas frente a 7.6 horas de los hombres).
 - De 2014 a 2019 hubo incrementos de poco más de una hora en el tiempo que tanto hombres como mujeres ocuparon en el cuidado de su salud, aunque las brechas persisten. En 2019 las mujeres destinaban en promedio 5.7 horas semanales al cuidado de su salud, en tanto que los hombres dedicaron 6.2 horas a la semana.
- En el contexto de la crisis sanitaria por COVID-19 se evidenciaron las desigualdades de género preexistentes, sobre todo aquellas al interior de los hogares, pues el trabajo doméstico y de cuidados tuvo repercusiones en la salud de las mujeres.
 - Durante el periodo de confinamiento, la sobrecarga física, mental y emocional que pesó sobre las mujeres al tener que asumir la responsabilidad de salvaguardar la salud y hacerse cargo del cuidado de los miembros del hogar, aunado a la incertidumbre, temor ante el contagio, estrés laboral y económico, así como el aumento en el riesgo de violencia y desgaste por el confinamiento prolongado, potenció su riesgo de padecer violencia, ansiedad y sintomatología depresiva, entre otros padecimientos (INSP, 2022b; ONU Mujeres, 2020).
 - Los trastornos mentales no se presentan de igual manera ni en la misma magnitud entre mujeres y hombres, y pueden intensificarse ante la presencia de factores de riesgo como la pobreza, la violencia, el abuso de drogas y otros, los cuales se intensificaron durante la pandemia (INMUJERES, 2006b).

- Desde 2014 consistentemente se han presentado casos nuevos de depresión, trastorno que aqueja más a las mujeres que a los hombres. Para 2021, las mujeres tenían una tasa de casos nuevos de depresión de 117.2 por cada 100,000 habitantes, tasa que para los hombres era de 44.2. De 2019 a 2020 se encuentra un descenso notable en la tasa de casos nuevos de depresión, quizá por un subregistro debido a que durante ese periodo las instituciones de salud relegaron la atención a la salud mental para concentrar sus esfuerzos en la atención de pacientes con COVID-19 (CONEVAL, 2022e).
- La violencia de pareja afecta principalmente a las mujeres. En 2021 la prevalencia de la violencia contra las mujeres perpetrada por la pareja a lo largo de su vida fue de 39.9%, siendo la violencia psicológica la más común (35.4%), seguida de la económica o patrimonial (19.1%), la violencia física (16.8%) y la violencia sexual (6.9%).
- Desde marzo de 2020 se registró un incremento en las llamadas de emergencia relacionadas con incidentes de violencia contra la mujer. Estos incidentes mostraban una tendencia creciente desde 2016; en marzo de 2020 hubo 26,171 llamadas de emergencia, y en mayo de 2022 llegó a su máximo el número de llamadas, con 34,719. Aunque para enero de 2023 el número de casos disminuyó a 24,668 llamadas, la cifra nuevamente se incrementó y en junio de 2023 se registraron 34,145 llamadas de emergencia relacionadas con violencia contra la mujer (SESNSP, 2023).
- Derivado de la pandemia por la COVID-19, la reconversión hospitalaria y la reorganización de la atención médica resultaron ser estrategias fundamentales para disminuir los efectos de mortalidad durante la pandemia; no obstante, la suspensión de servicios de atención primaria, en particular los relativos la salud sexual y reproductiva, implicaron afectaciones en la atención de la salud de las mujeres.
- Del ejercicio de vinculación de los programas federales de desarrollo social con atención al ejercicio del derecho a la salud:
 - Se identificaron 19 intervenciones a nivel federal relacionadas con la atención del derecho a la salud, ocho con vinculación directa a la atención a las mujeres y 11 con vinculación indirecta.
 - Los ocho programas con vinculación directa contribuyen al derecho a la salud de las mujeres mediante la oferta de servicios, acciones preventivas y de promoción de la salud, por lo que se relacionan con las dimensiones de accesibilidad económica y física a la salud.

- Se identificaron intervenciones que atienden enfermedades con un impacto sobre todo a las mujeres, como es el Programa de Vacunación (E036) de la Secretaría de Salud, el cual se enfoca en prevenir la incidencia de infección por el virus del papiloma humano, así como el de Prevención y Control de Enfermedades (E001) del IMSS que proporciona servicios encaminados a reducir la mortalidad por cáncer cervicouterino o por cáncer de mama de las mujeres derechohabientes.
- La Secretaría de Salud, IMSS-Bienestar, ISSSTE e IMSS ofrecen servicios relacionados con la salud materna y satisfacen la necesidad de atención prenatal durante la gestación y la atención especializada durante y después del parto.
- Referente a la salud mental, se identificó que solo Atención a la Salud (E011) del IMSS brinda servicios en este ámbito y solo a sus derechohabientes, y tiene dos implicaciones: no se hallaron intervenciones destinadas en específico a las mujeres ni acciones en materia de salud mental que beneficien a la población femenina no derechohabiente del IMSS.
- En cuanto al acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual, solo se vinculó el programa Prevención y Control de Enfermedades (E001) del IMSS que ofrece acciones de planificación familiar y salud reproductiva, pero este cubre únicamente a personas derechohabientes del IMSS.
- Respecto a los riesgos en la salud derivados de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, una intervención atiende estos padecimientos: Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (U008) de la Secretaría de Salud, pero no se detectó que esta se dirija a atender los riesgos en la salud de las mujeres.
- De los programas vinculados al derecho a la salud, en ninguno se menciona como población objetivo únicamente a las mujeres, y en los criterios de priorización tampoco se establecen medidas para facilitar ser beneficiaria a la población femenina.

Recomendaciones

El país ha avanzado en la promulgación de legislaciones que promueven los derechos de las mujeres y la igualdad entre ellas y los hombres, pero estas no son suficientes por sí mismas. Para ello, es importante que desde todas las esferas institucionales se cuestionen los prejuicios y estereotipos de género mediante la sensibilización de la sociedad en esta materia; con la finalidad de que en su conjunto se comprenda que los roles, funciones y expectativas en los cuales se enmarcan a las mujeres repercute en el acceso a oportunidades y genera desigualdad en el ejercicio de sus derechos.

Si bien se identifican avances relevantes en la garantía de los derechos de las mujeres, algunos grupos de mujeres experimentan múltiples formas de discriminación y desigualdad, por lo que es necesario que se aborden desde una perspectiva interseccional.

Recomendaciones generales

- A. Promover cambios sustanciales en los cimientos culturales y sociales donde se arraigan y justifican los estereotipos de género, los cuales son un obstáculo para el desarrollo autónomo de las mujeres. Para ello, es importante:
 - 1. Garantizar que desde la educación obligatoria se establezcan mecanismos y contenidos que promuevan cambios culturales en las expectativas y roles de género, al reconocer que la escuela es un espacio que potencia las transformaciones sociales.
 - 2. Generar estrategias de revalorización de la mujer en la sociedad y cuestionamiento sobre los roles y estereotipos de género mediante procesos de sensibilización en la sociedad, con la finalidad de modificar los factores sociales culturales y estructurales que crean brechas entre hombres y mujeres y dificulta el ejercicio efectivo de sus derechos.

- B. Es importante que la política de desarrollo social federal contribuya activamente al cierre de brechas entre mujeres y hombres en el ejercicio de sus derechos sociales; para ello:
 - 1. Las políticas, programas y acciones de desarrollo social deberán partir de un diagnóstico que considere las características particulares de las mujeres, así como las experiencias específicas que viven en el ejercicio de sus derechos, al analizar de manera exhaustiva la forma en la que los problemas sociales se expresan en ellas e identificar causas y consecuencias particulares.
 - 2. Con base en el diagnóstico y cuando se considere necesario, las políticas, programas y acciones de desarrollo social deberán incorporar en su diseño apoyos o servicios que atiendan de manera particular a las mujeres y que respondan a sus características y problemáticas, como el establecimiento de criterios de priorización y la formulación de acciones afirmativas que permitan disminuir hasta eliminar las brechas de género.
 - 3. Las políticas, programas y acciones de desarrollo social deberán considerar en su operación las características de las mujeres que se incluyen en su población objetivo, con la finalidad de garantizar que la mecánica operativa de los programas no representará un obstáculo para el acceso de dicho grupo poblacional.

Derecho al trabajo

- A. Reducir la brecha de participación laboral de las mujeres, para lo que se requiere:
1. Garantizar la disponibilidad y el acceso a servicios de cuidado de las personas que lo requieren (niñas, niños, personas adultas mayores, personas enfermas), actividades que en mayor medida recaen en las mujeres, lo cual debe brindarse independientemente del tipo de vinculación al empleo (formal e informal).
 2. Crear incentivos para la flexibilización de las jornadas laborales como acción afirmativa para promover la inserción laboral de las mujeres, asimismo impulsar esta flexibilización para los hombres acompañada de campañas de sensibilización con el fin de integrar su responsabilidad en las labores domésticas y de cuidado no remuneradas. Sin embargo, es importante recalcar que la flexibilización laboral no se debe asumir como la promoción de empleos precarios en términos de estabilidad laboral, subcontratación, ausencia o disminución de prestaciones laborales y reducción de salarios.
 3. Contar con estrategias que regulen el trabajo a distancia, ya que, si bien puede ser una alternativa para que un mayor número de mujeres puedan entrar al mercado laboral, se debe considerar que el teletrabajo propició un aumento en la carga de tareas domésticas y de cuidados no remunerados de la población femenina.
 4. Impulsar la reinserción laboral de las mujeres que han tenido que abandonar su empleo como consecuencia de las labores de cuidado durante la pandemia o por el cuidado de menores, unas de las acciones es el aumento de los días de licencias de paternidad que promueva un reparto más equitativo de las labores de cuidado.
 5. Generar estrategias que impulsen la cualificación laboral de las mujeres en habilidades de ciencia y tecnología que les permita enfrentar las evoluciones tecnológicas y los aspectos cambiantes del mercado laboral, asimismo, generar incentivos en el mercado para promover la inserción de las mujeres que ya se encuentran formadas en dichas áreas de conocimiento.
 6. Fortalecer las acciones para la prevención y erradicación de las violencias de género (sexual, física, psicológica) en los ámbitos escolar, con la finalidad de prevenir interrupciones en sus trayectorias educativas, y laboral para contribuir a la inserción y permanencia de las mujeres en condiciones de seguridad en el trabajo.
- B. Diseñar e implementar una política integral que fomente el acceso al empleo formal y de calidad para las mujeres.

- C. Cerrar la brecha salarial entre mujeres y hombres para fortalecer su autonomía económica, así como garantizar el acceso a los bienes y servicios necesarios para la satisfacción de sus necesidades y desarrollo pleno, para lo cual se requiere:
1. Mejorar la participación laboral de las mujeres al considerar la primera recomendación general en materia del derecho al trabajo, en donde destaca lo siguiente:
 - 1.1 Inserción en sectores de mayor productividad en los cuales los salarios son más altos. Al respecto se deberán generar mecanismos para que esta inserción se realice en condiciones equitativas con los hombres en términos de actividades e ingresos.
 - 1.2. Fortalecer los mecanismos de corresponsabilidad entre mujeres y hombres para las labores domésticas y de cuidados no remunerados con la finalidad de reducir la penalización en el salario de las mujeres como consecuencia del rol asignado a ellas como cuidadoras de los integrantes del hogar.
 2. Generar incentivos para que el mercado impulse oportunidades de promoción profesional de las mujeres, que implique el acceso a niveles retributivos superiores.
- D. Avanzar en el reconocimiento de los derechos de las personas trabajadoras domésticas remuneradas con la finalidad de evitar su ocupación en sectores de informalidad, que implica trabajar en condiciones de inestabilidad y percibir salarios bajos.
1. Fortalecer la incorporación de las trabajadoras domésticas al Régimen Obligatorio de Seguridad Social, asimismo diseñar e implementar estrategias que eviten su incorporación en trabajos precarios en condiciones de inestabilidad y percepción de salarios bajos con la finalidad de contribuir a la dignificación de su trabajo.
 - 2.
- E. Redistribuir las cargas del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado entre mujeres y hombres con la finalidad de fomentar el acceso al mercado laboral de las mujeres y contribuir a su bienestar:

En cuanto a labores de cuidado no remunerado:

1. Crear e implementar un Sistema Nacional de Cuidados a partir de un marco normativo sólido que articule las políticas de cuidados y promueva la corresponsabilidad de estas labores entre mujeres, hombres, comunidad, empresas y gobiernos.

2. Ampliar la oferta de servicios de cuidados para las personas que los requieran sin importar su vinculación laboral (formal, informal) o etapa en el curso de vida (centros de atención infantil, escuelas de horarios ampliados, atención a personas con discapacidad, enfermas y adultas mayores).
3. Garantizar que las políticas, acciones y/o programas de cuidado cuenten con los recursos necesarios (humanos y financieros) en aras de contribuir a la calidad, accesibilidad y suficiencia de los servicios otorgados, así como para contribuir al acceso de las personas, en particular de las mujeres que están fuera del mercado laboral y no son derechohabientes a la seguridad social.

En cuanto al trabajo doméstico:

4. Generar mecanismos de sensibilización que promuevan la responsabilidad y participación de todos los miembros del hogar en las actividades domésticas, de acuerdo con el curso de vida.

Derecho a la seguridad social

- A. Promover el desarrollo de un Sistema de Protección Social universal, puesto que el acceso a la seguridad social en México depende de la vinculación a un empleo formal. Adicionalmente, más de la mitad de la población se encuentra en situación de informalidad, la cual afecta en mayor medida a las mujeres. Para ello es pertinente:
 1. Orientar el Sistema de Protección Social bajo el enfoque de derechos, que considere las diferencias entre grupos poblacionales y las etapas del curso de vida, con el fin reducir las desigualdades y mitigar los riesgos asociados al ejercicio de los derechos en cada etapa de vida y ante contextos de crisis.
 2. Crear mecanismos para que el Sistema de Protección Social se adapte a la movilización de las personas entre el trabajo asalariado y el trabajo que ejercen por cuenta propia con el fin de facilitar el acceso a las prestaciones laborales.
 3. Garantizar que el Sistema de Protección Social, cuente con los recursos humanos y financieros necesarios para brindar servicios de calidad centrada en las personas y condiciones de equidad para toda la población.
- B. Implementar acciones y estrategias que compensen en el corto plazo la carencia por acceso a la seguridad social para las mujeres, especialmente aquellas en situación de pobreza, madres jefas de familia y cuya vinculación a la seguridad social es indirecta.
 1. Impulsar acciones de acceso a la protección social específicas para las mujeres adultas mayores que no realizaron actividades económicas formales en etapas previas de su vida.

Derecho a la salud

- A. Propiciar la articulación de los sistemas de salud para contribuir a garantizar el acceso universal de la población en condiciones de equidad para mujeres y hombres independientemente de su vinculación laboral, para ello es necesario:
1. Fortalecer los sistemas de salud no contributivos puesto que son la principal puerta de acceso de las mujeres para el ejercicio del derecho, a través del incremento de su cobertura y eficiencia en la prestación del servicio, mediante:
 - 1.1 Garantizar los mecanismos de difusión por parte de las instituciones prestadoras del servicio de salud pública para que las personas sin acceso a la seguridad social los identifiquen y puedan acceder a ellos.
 - 1.2 Ampliar el acceso a la información de la población sin seguridad social para que acudan a las unidades de salud.
 2. Garantizar la disponibilidad de recursos financieros y humanos, así como de infraestructura (ambulatoria y especializada) de los servicios públicos de salud contributivos y no contributivos con la finalidad de asegurar la cobertura universal y su calidad, centrados en la persona y reconociendo las características de los grupos poblacionales y su curso de vida, especialmente de las mujeres.
 3. Diseñar e implementar estrategias enfocadas a reducir el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico en salud de los hogares, especialmente para la población vulnerable.
 4. Contar con expedientes clínicos electrónicos que permitan rastrear de manera eficiente en los distintos subsistemas de salud, los antecedentes médicos y de tratamiento de los pacientes.
- B. Fortalecer las estrategias de prevención y atención primaria en salud, así como orientar los esfuerzos en la atención centrada en la persona y de esta forma mejorar la calidad de los servicios en salud. Para ello, es necesario:
1. Fomentar el uso de servicios de prevención en salud de las mujeres a lo largo de su curso de vida para garantizarles mejores condiciones de salud física y mental.
 2. Garantizar una atención integral en el servicio de salud que considere las características de morbilidad y las necesidades de la población para tratar de manera oportuna a las mujeres y evitar las causas de los fallecimientos derivados de enfermedades prevenibles como las asociadas a la maternidad, tumores malignos y enfermedades no transmisibles como la diabetes, sobrepeso y obesidad.

3. Prevenir y atender la prevalencia de enfermedades que afectan la salud mental de las mujeres, como la depresión, mediante la disponibilidad de este tipo de servicios y la desestigmatización de estos padecimientos, así como la creación de estrategias para su detección oportuna.
4. Fortalecer las medidas de prevención y erradicación de violencia de género en los diferentes espacios públicos y privados, así como adaptar y difundir los mecanismos de denuncia y los servicios públicos de atención de las mujeres víctimas de violencia.

Referencias



- Arza, C. (2017). *El diseño de los sistemas de pensiones y la igualdad de género. ¿Qué dice la experiencia europea?* CEPAL, Serie Asuntos de Género, núm. 142. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40936/S1700013_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2006). *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/520/00/PDF/N0652000.pdf?OpenElement>
- Banco Mundial. (2021). *La participación laboral de la mujer en México*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/753451607401938953/pdf/La-Participacion-Laboral-de-la-Mujer-en-Mexico.pdf>
- _____. (s.f.). *Indicadores clave del mercado de trabajo*. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.CACT.FE.NE.ZS?end=2021&locations=ZJ&start=1960&view=chart>
- Barling, J. (1996). The prediction, experience, and consequences of workplace violence. En *Violence on the Job: Identifying Risks and Developing Solutions* (pp. 29-49). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10215-001>
- Cámara de Diputados. (2022). *Buscan ampliar hasta siete semanas la licencia por paternidad*. <http://comunicacionsocial.diputados.gob.mx/index.php/boletines/buscan-ampliar-hasta-siete-semanas-la-licencia-por-paternidad>
- _____. (2020). *Minuta Proyecto de Decreto por el que se reforman los artículos 40 y 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia del sistema nacional de cuidados*. https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/3/2020-11-26-1/assets/documentos/Minuta_Art_4_73_Const_Sistema_Nac_Cuidados.pdf
- CDESC. (2005). *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)*. ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC). <https://www.refworld.org/es/pdfid/47ebcbca2.pdf>
- CEEY. (2022). *Sistema Nacional de Cuidados: una vía para la igualdad de oportunidades y la movilidad social*. Nota de política pública CEEY, núm. 1. <https://ceey.org.mx/wp-content/uploads/2022/03/Sistema-Nacional-de-Cuidados.pdf>
- Cejudo, G., Michel, C., Ortiz, S., Sobrino, A., Trujillo, H., y Vázquez, M. (2017). *Diagnóstico sobre el problema público en materia de cuidados en México*. Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). <http://aga.funcionpublica.gob.mx/aga/Home/Documento?doc=A2%20Diag%C3%B3stico%20cuidados%20M%C3%A9xico%20CIDE.pdf>
- CEPAL. (2022). *Panorama social de América Latina y el Caribe: la transformación de la educación como base para el desarrollo sostenible*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48518/1/S2200947_es.pdf
- _____. (2021). *La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad*. Informe Especial COVID-19, núm. 9. <https://doi.org/10.18356/9789214030737>
- _____. (2020). *La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe*. Informes Covid-19. <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210054164>
- _____. (2016). *Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40633/4/S1601248_es.pdf
- _____. (s.f.). *Autonomía económica de las mujeres*. <https://www.cepal.org/es/subtemas/autonomia-economica-mujeres>
- CESCR. (2008). *Observación general N° 19: El derecho a la seguridad social (artículo 9)*. ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. <https://www.refworld.org/es/docid/47d6667f2.html>
- Chávez, M. (2010). *Trabajo femenino: las nuevas desigualdades*. Instituto de Investigaciones Económicas-UNAM. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/iiec-unam/20110804043921/TrabFem.pdf>
- CONAPO. (2019). *Proyecciones de la población de México y las entidades federativas 2016-2050*. República Mexicana. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/487366/33_RMEX.pdf
- CONEVAL. (2023a). *Anexo estadístico de pobreza en México 2022*. Medición de la pobreza 2022. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2022.aspx
- _____. (2023b). *Pobreza y cuidado infantil: un estudio cualitativo en hogares en México*. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Informe_pobreza_y_cuidado_infantil_021222_.pdf
- _____. (2023c). *ITLP-IS pobreza laboral*. https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/ITLP-IS_pobreza_laboral.aspx
- _____. (2022a). *Consideraciones para el proceso presupuestario 2023*. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Consideraciones_2023.pdf
- _____. (2022b). *El embarazo en la adolescencia y el acceso a educación y servicios de salud sexual y reproductiva: un estudio exploratorio*. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Exploratorio_Fecundidad_Adolescente.pdf

- _____. (2022c). *Estudio diagnóstico del derecho al trabajo 2022*. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/EDDT_2021.pdf
- _____. (2022d). *Evaluación estratégica de salud. Primer informe*. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Evaluacion_Estrategica_Salud_Primer_Informe.pdf
- _____. (2022e). *Informe de evaluación de la política de desarrollo social 2022*. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/Informes/IEPDS_2022.pdf
- _____. (2022f). Sistema de indicadores sobre pobreza y género, 2016-2020. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobreza-y-genero-en-Mexico-2016-2020.aspx>
- _____. (2021a). *Informe de evaluación de la política de desarrollo social 2020*. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/Informes/IEPDS_2020.pdf
- _____. (2021b). *Informe sobre pobreza y género 2008-2018. Una década de medición multidimensional de la pobreza en México*. https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/InformesPublicaciones/Documents/Pobreza_genero_08-18.pdf
- _____. (2021c). *Nota técnica sobre la carencia por acceso a la seguridad social, 2018-2020*. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_la_seguridad_social_2018_2020.pdf
- _____. (2021d). *Nota técnica sobre la medición multidimensional de la pobreza, 2018-2020*. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_medicion_multidimensional_de_la_pobreza_2018_2020.pdf
- _____. (2021e). Sistema de Información de Derechos Sociales. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Sistema-de-informacion-de-derechos-sociales.aspx>
- _____. (2019a). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*, 3° ed. <https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/InformesPublicaciones/Documents/Metodologia-medicion-multidimensional-3er-edicion.pdf>
- _____. (2019b). *Programa de estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras. Recuento de la evidencia de las evaluaciones 2007-2019*. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/RDPS/Documents/NOTA_ESTANCIAS_INFANTILES.pdf
- _____. (2019c). *Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI*. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf
- _____. (2018a). *Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018*. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf
- _____. (2018b). *Estudio diagnóstico del derecho al trabajo 2018*. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Estudio_Diag_Trabajo_2018.pdf
- _____. (2018c). *Evaluación estratégica de protección social en México*, 2° ed. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/Estrategica_2018/Evaluacion-Estrategica-Proteccion-Social-segunda-edicion.pdf
- _____. (2014). *Diagnóstico de la estrategia presupuestaria para la igualdad entre mujeres y hombres. Análisis del anexo 10 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2012*. https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Estrategicas/Diagn%C3%B3stico_Anexo_10.pdf
- _____. (2013). *Evaluación estratégica de protección social en México*. https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Estrategicas/Evaluacion_Estrategica_de_Proteccion_Social_en_Mexico.pdf#search=PROTECCION%20SOCIAL
- CONEVAL y UNICEF. (2022). *Diagnóstico y mapeo de evidencia sobre cuidado infantil*. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Diagnostico_mapeo_brechas_cuidado_infantil.pdf
- COPRED. (2023). *Discriminación por embarazo, la penalización de los cuidados*. Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la CDMX. <https://www.copred.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/discriminacion-por-embarazo-la-penalizacion-de-los-cuidados>
- Dagher, R., McGovern, P., Schold, J., y Randall, X. (2016). Determinants of breastfeeding initiation and cessation among employed mothers: A prospective cohort study. En *BMC Pregnancy and Childbirth*, núm. 16, pp. 194. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0965-1>
- DOF. (2023). *DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para regular el Sistema de Salud para el Bienestar*. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690282&fecha=29/05/2023#gsc.tab=0
- _____. (2022a). *DECRETO por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663064&fecha=31/08/2022#gsc.tab=0
- _____. (2022b). *DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social, en materia de personas trabajadoras del hogar*. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5671665&fecha=16/11/2022#gsc.tab=0
- _____. (2022c). *DECRETO por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres y de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgimh/LGIMH_ref11_30mar22.pdf
- _____. (2021). *DECRETO por el que se reforma el artículo 311 y se adiciona el capítulo XII Bis de la Ley Federal del Trabajo, en materia de teletrabajo*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5609683&fecha=11/01/2021#gsc.tab=0

- _____. (2020a). *Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5605527&fecha=23/11/2020#gsc.tab=0
- _____. (2020b). *Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2020-2024*. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608467&fecha=22/12/2020#gsc.tab=0
- _____. (2019a). *DECRETO por el que se adicionan diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y de la Ley Federal del Trabajo*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5561817&fecha=04/06/2019#gsc.tab=0
- _____. (2019b). *DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y de la Ley del Seguro Social, en materia de las personas trabajadoras del hogar*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5564651&fecha=02/07/2019#gsc.tab=0
- _____. (2014). *DECRETO por el que se reforma la fracción II del artículo 64 de la Ley General de Salud*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5376682&fecha=19/12/2014#gsc.tab=0
- _____. (2007). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209278/Ley_General_de_Acceso_de_las_Mujeres_a_una_Vida_Libre_de_Violencia.pdf
- _____. (2006a). *Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPRH.pdf>
- _____. (2006b). *Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH.pdf>
- _____. (2004). *Ley General de Desarrollo Social*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDS.pdf>
- _____. (2003). *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPED.pdf>
- _____. (1995). *Ley del Seguro Social*. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>
- _____. (1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Flor, L., Friedman, J., Spencer, C., Cagney, J., Arrieta, A., Herbert, M., Stein, C., Mullany, E., Hon, J., Patwardhan, V., Barber, R., Collins, J., Hay, S., Lim, S., Lozano, R., Mokdad, A., Murray, C., Reiner, R., Sorensen, R., Gakidou, E. (2022). Quantifying the effects of the COVID-19 pandemic on gender equality on health, social, and economic indicators: a comprehensive review of data from March, 2020, to September, 2021. En *The Lancet*, vol. 399, núm. 10344, pp. 2381-2397. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00008-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00008-3)
- Flores-Olivares, L. A., Cervantes-Hernández, N., y Quintana-Mendias, E. (2021). Actividad física y estilo de vida sedentario en adultos, cambios durante el confinamiento por la pandemia de Covid-19. En *Salud Pública de México*, vol. 63, núm. 6, noviembre-diciembre, pp. 825-826. <https://doi.org/10.21149/13199>
- García, S. (2010). Género y derechos humanos de las mujeres: estándares conceptuales y normativos en clave de derecho internacional. En *Derechos de las mujeres en el derecho internacional* (pp. 47-83). Suprema Corte de Justicia de la Nación. Fontamara. <https://www.scjn.gob.mx/igualdad-de-genero/sites/default/files/biblioteca/archivos/2021-11/Derechos-de-las-mujeres.pdf>
- GI-ESCR y Red-DESC. (2016). *El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su 50º aniversario. Su importancia desde una perspectiva de los derechos de las mujeres*. Global Initiative for Economic, Social and Cultural Rights & Red Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. https://www.escri-net.org/sites/default/files/attachments/el_pi-desc_a_50_es.pdf
- IIDH (ed.). (2009a). El derecho a la igualdad entre hombres y mujeres. En *Interpretación de los principios de igualdad y no discriminación para los derechos humanos de las mujeres en los instrumentos del Sistema Interamericano*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. <https://dspace.iidh-jurisprudencia.ac.cr/server/api/core/bitstreams/0d636b6d-158b-434a-a505-cf-d5692520e1/content>
- _____. (2009b). *El Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: Análisis de los casos ante el Comité de la CEDAW*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. <https://dspace.iidh-jurisprudencia.ac.cr/server/api/core/bitstreams/1ad19b21-fdbf-41ca-b217-c4a-1468c255e/content>
- Inegi. (2023a). *Encuesta Nacional sobre la Discriminación 2022. Presentación de resultados*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadis/2022/doc/enadis2022_resultados.pdf
- _____. (2023b). *Estadísticas a propósito del día internacional de las trabajadoras del hogar (Trabajo doméstico remunerado). Datos nacionales*. https://inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_TrabHogar23.pdf
- _____. (2023c). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), población de 15 años y más de edad*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/>
- _____. (2023d). *Tasa de casos nuevos de enfermedades sobre trastornos mentales y del comportamiento seleccionados y entidad federativa según sexo, serie anual de 2014 a 2021*. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Salud_Mental_05_4696d33e-d4d2-4d0b-ba5a-afe70d8bc59b
- _____. (2022a). *Cuenta Satélite del Trabajo No Remunerado de los Hogares de México 2021*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/CST-NRH/CSTNRH.pdf>
- _____. (2022b). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Nueva edición. ENOEN. Diseño conceptual*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enoe/15ymas/doc/enoe_n_diseno_conceptual.pdf
- _____. (2022c). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. ENDIREH 2021. Principales resultados*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf

- _____. (2022d). *Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes (14 de noviembre)*. Datos nacionales. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_DIABETES2022.docx#:~:text=\(14%20DE%20NOVIEMBRE\)&text=De%20las%20personas%20que%20fallecieron,lo%20era%20\(3%20109\).&text=En%202021%2C%20del%20total%20de,a%20mujeres%20\(69%20396\)](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_DIABETES2022.docx#:~:text=(14%20DE%20NOVIEMBRE)&text=De%20las%20personas%20que%20fallecieron,lo%20era%20(3%20109).&text=En%202021%2C%20del%20total%20de,a%20mujeres%20(69%20396)).
- _____. (2022e). *La COVID-19 y su impacto en las mujeres en México*. <https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/mujeres/>
- _____. (2022f). *Trabajo no remunerado de los hogares*. https://www.inegi.org.mx/temas/tnrh/#Informacion_general
- _____. (2020a). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/#Tabulados>
- _____. (2020b). *Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2019*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2019/>
- _____. (2015). *Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2014*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2014/>
- _____. (s.f.). *Clasificación para actividades económicas*. <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/206/download/18863>
- Inegi e INMUJERES. (2020). *Nota técnica. Encuesta Nacional Sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2019. Segunda edición*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enut/2019/doc/enut_2019_nota_tecnica.pdf
- _____. (2014). *Uso del tiempo, una perspectiva estadística de género, 2009*. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/Uso_Tiempo_2009.pdf
- INMUJERES. (2023). *Glosario para la igualdad*. Consulta en línea. <https://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario>
- _____. (2018). *Las madres en cifras*. <http://www.gob.mx/inmujeres/articulos/las-madres-en-cifras>
- _____. (2015a). *Situación de las personas adultas mayores en México*. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
- _____. (2015b). *Sobre la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. <http://www.gob.mx/inmujeres/prensa/sobre-la-ley-general-de-acceso-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia>
- _____. (2010). *Política nacional de igualdad entre mujeres y hombres (balance y perspectivas)*. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101163.pdf
- _____. (2008). *Desigualdad de género en el trabajo*. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100923.pdf
- _____. (2007a). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia ¡Conócela!* http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/lgamvv.pdf
- _____. (2007b). *Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres ¡Conócela!* http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/lgimh.pdf
- _____. (2006a). *¿En qué usan el tiempo las mujeres y los hombres en México?* http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100795.pdf
- _____. (2006b). *Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos*. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100779.pdf
- _____. (2006c). *Violencia sexual contra las mujeres en el seno de la pareja conviviente*. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100790.pdf
- _____. (s.f.). *Servicios de salud*. <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/myhpdf/87.pdf>
- INMUJERES y ONU Mujeres. (2018). *La igualdad de género*. <https://mexico.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Mexico/Documents/Publicaciones/2019/IGUALDAD%20DE%20GENERO%202018%20web.pdf>
- INMUJERES y UNIFEM. (2002). *El enfoque de género en la producción de las estadísticas sobre salud en México. Una guía para el uso y una referencia para la producción de información*. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100665.pdf
- INPI. (2017). *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México, 2015*. <http://www.gob.mx/inpi/articulos/indicadores-socioeconomicos-de-los-pueblos-indigenas-de-mexico-2015-116128>
- INSP. (2022a). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales*. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804_Ensa21_digital_4ago.pdf
- _____. (2022b). *Todas tenemos derecho a vivir en igualdad, con salud y libres de violencia*. <https://www.insp.mx/avisos/todas-tenemos-derecho-a-vivir-en-igualdad-con-salud-y-libres-de-violencia>
- _____. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados nacionales*. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- IPC-IG y UNICEF. (2020). *Maternidad y paternidad en el lugar de trabajo en América Latina y el Caribe. Políticas para la licencia de maternidad y paternidad y apoyo a la lactancia materna*. Centro Internacional de Políticas para el Crecimiento Inclusivo y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. https://www.unicef.org/lac/media/13931/file/Maternidad_y_paternidad_en_el_lugar_de_trabajo_en_ALC.pdf
- Mendizábal, G. (2007). *¿Discrimina la seguridad social a las mujeres?* En *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, núm. 4, pp. 115-136.
- Noble, S., y ALSPAC Study Team (Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood). (2001). *Maternal employment and the initiation of breastfeeding*. En *Acta Paediatrica*, vol. 90, núm. 4, pp. 423-428.
- OACDH. (2022). *Los derechos humanos de las mujeres y el enfoque de género*. <https://acnudh.org/wp-content/uploads/2022/02/05-Los-derechos-humanos-de-las-mujeres-y-el-enfoque-de-genero.pdf>
- _____. (2018). *Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de México*. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU. https://hchr.org.mx/wp/wp-content/themes/hchr/images/doc_pub/E_C-12_MEX_CO_5-6_30800_S.pdf

- _____. (2014). *Los derechos de la mujer son derechos humanos*. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/HR-PUB-14-2_SP.pdf
- _____. (s.f.). *Salud y derechos sexuales y reproductivos*. <https://www.ohchr.org/es/node/3447/sexual-and-reproductive-health-and-rights>
- OCDE. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en
- OIT. (2022). *Nota técnica. América Latina y Caribe: Políticas de igualdad de género y mercado de trabajo durante la pandemia*. Serie Panorama Laboral 2022. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_838520.pdf
- _____. (2019). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_737394.pdf
- _____. (2016). *Las mujeres en el trabajo. Tendencias de 2016*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_483214.pdf
- _____. (2015). *La maternidad y la paternidad en el trabajo. La legislación y la práctica en el mundo*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_242618.pdf
- _____. (2014). *La transición de la economía informal a la economía formal*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_218350.pdf
- _____. (1984). *Into the Twenty-first Century: The Development of Social Security*. https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1984/84B09_16_engl.pdf
- _____. (s.f.). *La perspectiva de género en salud y seguridad en el trabajo*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_227395.pdf
- OMS. (2023). *Mortalidad materna*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- _____. (2022). *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- _____. (2018). *Salud de la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
- _____. (s.f.). *Gender and Health*. <https://www.who.int/health-topics/gender>
- ONU. (s.f.-a). *Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer 14 a 30 de julio de 1980, Copenhague, Dinamarca*. Naciones Unidas. Recuperado el 15 de mayo de 2023 de <https://www.un.org/es/conferences/women/copenhague1980>
- _____. (s.f.-b). *Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas*. Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
- ONU Mujeres. (2020). *El impacto del COVID-19 en la salud de las mujeres*.pdf. <https://mexico.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Mexico/Documentos/Publicaciones/2020/Julio%202020/Impacto%20COVID%20en%20la%20salud%20de%20las%20mujeres.pdf>
- _____. (2016a). *Combatir la brecha salarial de género: de las elecciones individuales al cambio institucional*. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2016/UN-Women-Policy-brief-06-Tackling-the-gender-pay-gap-es.pdf>
- _____. (2016b). *La CEDAW, Convención sobre los Derechos de las Mujeres*. https://mexico.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Mexico/Documentos/Publicaciones/2016/BROCHURE%204_LA%20CEDAW%20OK.pdf
- _____. (2016c). *Redistribuir el cuidado no remunerado y prestar servicios de cuidados de calidad: un requisito previo para la igualdad de género*. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2016/UN-Women-Policy-brief-05-Redistributing-unpaid-care-es.pdf>
- _____. (2015a). *Proteger la seguridad de los ingresos de las mujeres en la vejez: Hacia sistemas de pensiones con perspectiva de género*. Series Resúmenes de Políticas de ONU Mujeres. Documento de Políticas, núm. 3. <https://www.un-ilibrary.org/content/papers/2618124x/3>
- _____. (2015b). *Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado*. Serie Transformar nuestro mundo. <https://mexico.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Mexico/Documentos/Publicaciones/2016/TRABAJO%20DOME%CC%81STICO%20Serie%20Transformar%20nuestro%20mundo.pdf>
- _____. (2014). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Declaración política y documentos resultados de Beijing+5*. https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/CSW/BPA_S_Final_WEB.pdf
- ONU Mujeres. (s.f.). *Preguntas frecuentes: tipos de violencia contra las mujeres y las niñas*. ONU Mujeres. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
- OPS. (2023). *Panorama de la diabetes en la Región de las Américas*. <https://doi.org/10.37774/9789275326336>
- _____. (2020). *Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52283/OPSNMHNVC0VID-19200024_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- _____. (2017). *El acceso de las mujeres a la protección social en salud: ¡que ninguna mujer quede atrás!* <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2017/international-women-day-2017-fact-sheet-esp.pdf>
- _____. (2009). *La salud de las mujeres y los hombres en las Américas. Perfil 2009*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina de Género, Etnicidad y Salud Proyecto de Información y Análisis de la Salud Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49070/Mujeres-hombres2009_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- OPS y OMS. (s.f.). *Salud sexual y reproductiva*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>
- OSAGI. (2001). *Important Concepts Underlying Gender Mainstreaming*. Office of the Special Adviser on Gender Issues and the Advancement of Women. <https://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/factsheet2.pdf>
- OXFAM. (2020). *Tiempo para el cuidado. El trabajo de cuidados y la crisis global de desigualdad*. <https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/620928/bp-time-to-care-inequality-200120-es.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Pacheco, M., Rivas, Y., y Martínez, S. (2022). Conciliación trabajo-familia en mujeres en situación de teletrabajo, a partir de la contingencia sanitaria por COVID-19. En *GénEros. Revista de Investigación y Divulgación sobre los Estudios de Género*, año 29, núm. 31, pp. 121-148. http://bvirtual.ucol.mx/descargables/509_art5_gen311.pdf
- Picado, G. (2020). *La prueba piloto para la incorporación de las personas trabajadoras del hogar al Instituto Mexicano del Seguro Social. Estudio de resultados y recomendaciones para el régimen obligatorio*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/--ilo-mexico/documents/publication/wcms_764986.pdf
- Ramírez, B., Nava, I., Granados, A., y Badillo, G. (2020). La desigual participación de las mujeres mexicanas en el acceso y en los beneficios de la seguridad social. En *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, núm. 30, pp. 95-122. <https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2020.30.14073>
- Rubiano-Matulevich, E., y Kashiwase, H. (2018). *Por qué los datos sobre el uso del tiempo son importantes para la igualdad de género, pero son difíciles de recopilar*. Banco Mundial. <https://blogs.worldbank.org/es/open-data/por-que-los-datos-sobre-el-uso-del-tiempo-son-importantes-para-la-igualdad-de-genero>
- Salud. (2023a). *Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna. Semana epidemiológica 31*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/847770/MM_2023_SE31.pdf
- _____. (2023b). *Sistema de Información de la Secretaría de Salud. Indicadores nacionales. Tasas de mortalidad*. <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>
- _____. (2019). *Primer informe sobre desigualdades en salud en México*. Observatorio Nacional de Inequidades en Salud. http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/1_informe_desigualdad_mexico.pdf
- _____. (2014). *Programa de Acción Específico. Igualdad de Género en Salud 2013-2018. Programa Sectorial de Salud*. <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/IgualdaddeGenero/IgualdaddeGeneroenSalud.pdf>
- Sánchez, A., Villarespe, V., Román, D., y Herrera, A. (2016). Determinantes de las horas de trabajo de las mujeres en México: un enfoque de pseudopanel (2005-2010). En *Revista de la CEPAL*, núm. 120, pp. 127-139.
- SCJN. (2018). *Amparo directo 9/2018 (relacionado con el amparo directo 8/2018)*. <https://www2.scjn.gob.mx/ConsultaTematica/PaginasPub/DetallePub.aspx?AsuntoID=232168>
- Senado de la República. (2023). *Senado aprueba reforma a Ley Federal del Trabajo para asegurar derecho a la lactancia materna*. <https://comunicacionsocial.senado.gob.mx/informacion/comunicados/4957-senado-aprueba-reforma-a-ley-federal-del-trabajo-para-asegurar-derecho-a-la-lactancia-materna>
- _____. (2021). *Iniciativa con proyecto de decreto por el que se expide la Ley General del Sistema Nacional de Cuidados, presentada por Senadoras y Senador de diversos grupos parlamentarios*. https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/65/1/2021-11-30-1/assets/documentos/Iniciativa_Morena_Sen.Micher-LGSNC.pdf
- _____. (2020). *Avalan reforma que garantiza acceso a guarderías a hijas e hijos de padres trabajadores*. <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/49302-avalan-reforma-que-garantiza-acceso-a-guarderias-a-hijas-e-hijos-de-padres-trabajadores.html>
- SESN. (2023). *Información sobre violencia contra las mujeres (Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 9-1-1), abril 2023*. <http://www.gob.mx/sesn/articulo/informacion-sobre-violencia-contra-las-mujeres-incidencia-delictiva-y-llamadas-de-emergencia-9-1-1-febrero-2019>
- Solís, P. (2017). *Discriminación estructural y desigualdad social. Casos ilustrativos para jóvenes indígenas, mujeres y personas con discapacidad*. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Discriminacionestructural%20accs.pdf
- Tamés, R. (2010). El reconocimiento de los derechos de las mujeres en las Naciones Unidas. En *Derechos de las mujeres en el derecho internacional* (pp. 27-46). Suprema Corte de Justicia de la Nación, Fontamara. <https://www.scjn.gob.mx/igualdad-de-genero/sites/default/files/biblioteca/archivos/2021-11/Derechos-de-las-mujeres.pdf>
- Torre, R. de la (2022). El INSABI y la movilidad social en salud. Centro de Estudios Espinosa Yglesias. <https://ceey.org.mx/el-insabi-y-la-movilidad-social-en-salud/>
- UNESCO. (2020, marzo 8). *8 de marzo: la segregación ocupacional por género y el rol de los actores educativos*. <http://www.buenosaires.iiep.unesco.org/es/portal/8-de-marzo-la-segregacion-ocupacional-por-genero-y-el-rol-de-los-actores-educativos>
- Vaca, I. (2019). *Oportunidades y desafíos para la autonomía de las mujeres en el futuro escenario del trabajo*. Serie Asuntos de género, núm. 154. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44408/4/S1801209_es.pdf
- Valenzuela, M. E., y Mora, C. (eds.). (2009). *Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente*. Organización Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_180549.pdf

Anexo 1

FORMATO DE ASPECTOS RELEVANTES DE LA EVALUACIÓN (FARE)

| | | | |
|---|--|--|-----|
| Nombre de la evaluación: | Evaluación Estratégica sobre el avance de las Mujeres en el ejercicio de sus derechos | | |
| Objetivo de la evaluación: | Describir las brechas existentes en el ejercicio de los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la salud de las mujeres e identificar qué elementos podrían obstaculizar dicho ejercicio. | | |
| Tipo de evaluación: | Evaluación Estratégica | | |
| PAE: | 2021 | | |
| Años evaluados: | 2020-2022 | | |
| Ramo: | N/A | | |
| Modalidad y Clave Pp: | N/A | Denominación Pp: | N/A |
| Unidad Responsable (UR): | N/A | | |
| Instancia Evaluadora (IE): | Denominación: | Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social | |
| | Coordinador(a): | Karina Barrios Sánchez | |
| | Colaboradores(as): | Alejandra Correa Herrejón María Luisa Monroy Merchán Paola Plata Rojas Alma Verónica Corona García Monica Lizbeth Altamirano Salazar | |
| Procedimiento de contratación: | N/A | Costo de la evaluación: | N/A |
| Tipo de contratación: | N/A | Fuente de financiamiento: | N/A |
| Instancia de coordinación de la evaluación: | Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social | | |
| Descripción del Programa (Extensión máxima: 1000 caracteres) | | | |
| N/A | | | |
| Principales hallazgos de la evaluación (Extensión máxima: 1000 caracteres) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • En el cuarto trimestre de 2022, la tasa de participación económica de las mujeres fue de 46.2%, frente a 76.5% de los hombres. • Del primer trimestre de 2018 al cuarto trimestre de 2022, la principal razón que mencionaron las mujeres que forman parte de la PNEA para no buscar empleo fue no tener quien cuide a sus hijas/os pequeños, personas adultas mayores o enfermas (47.6%), mientras que 5.3% de los hombres mencionó ésta como una razón para no hacerlo. • El acceso diferenciado a la protección social hace que las mujeres tengan menor cobertura y beneficios más bajos en cuanto al acceso a servicios médicos; cotizaciones a la seguridad social; atención ante riesgos de trabajo y maternidad; y pensiones. De acuerdo con la ENIGH, en 2020 existía una brecha de 8.9 puntos porcentuales entre el porcentaje de mujeres ocupadas que nunca habían cotizado en alguna institución de seguridad social (48.9%) y los hombres en la misma situación (40.0%) • Las mujeres se encuentran en una situación de desventaja en la atención en salud. En 2020, del 75% de las afiliadas a los servicios de salud, más de la mitad lo están mediante acceso indirecto. | | | |
| Principales recomendaciones de la evaluación (Extensión máxima: 1000 caracteres) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar desde la educación obligatoria contenidos que promuevan cambios culturales en las expectativas y roles de género. • Garantizar la disponibilidad y el acceso a servicios de cuidado de las personas que lo requieren, lo cual debe brindarse independientemente del tipo de vinculación al empleo (formal e informal). • Crear incentivos para la flexibilización de las jornadas laborales como acción afirmativa para promover la inserción laboral de las mujeres, asimismo impulsar esta flexibilización para los hombres acompañada de campañas de sensibilización con el fin de integrar su responsabilidad en las labores domésticas y de cuidado no remuneradas. • Mejorar la participación laboral de las mujeres en sectores de mayor productividad en los cuales los salarios son más altos. • Crear e implementar un Sistema Nacional de Cuidados que articule las políticas de cuidados y promueva la corresponsabilidad de estas labores entre mujeres, hombres, comunidad, empresas y gobiernos. | | | |
| Recomendaciones para el proceso de programación y presupuestación (Extensión máxima: 750 caracteres) | | | |
| N/A | | | |

Notas:

El FARE deberá ser enviado en archivo editable a la UED y al Consejo, de conformidad con lo establecido en los numerales 35 y 36 del PAE23, junto con el informe final de la evaluación.

El FARE contiene la información señalada en el numeral Vigésimo Octavo de los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la APF, con excepción de los incisos V, VI y VII.

El FARE constituye el principal insumo para integrar el informe trimestral al que hace referencia el artículo 107, fracción I, de la LFPRH, así como para la integración del repositorio de evaluaciones que señala el artículo 303 Bis del Reglamento de la LFPRH.

Las mujeres enfrentan una estructura desigual de oportunidades en el ejercicio de sus derechos, producto de procesos sociales sistémicos que involucran normas culturales, pautas de conducta, expectativas y aspiraciones diferenciadas por razones de género que se traducen en procesos de discriminación, exclusión y desigualdades en diversos espacios. Esto se manifiesta en una menor participación de las mujeres en el mercado laboral formal, brechas salariales, segregación y precariedad laboral; así como implicaciones en su calidad de vida, desarrollo, autonomía y salud física, mental, sexual y reproductiva.

COÑEVAL

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Insurgentes Sur 810, colonia Del Valle,
alcaldía de Benito Juárez, CP 03100,
Ciudad de México.

www.coneval.org.mx