



Diario de los Debates

ÓRGANO OFICIAL DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS
DEL CONGRESO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Primer Periodo de Sesiones Ordinarias del Segundo Año de Ejercicio

Presidenta

Diputada Kenia López Rabadán

Año II

Martes 23 de septiembre de 2025

Sesión 10 Anexo A

Mesa Directiva

Presidenta

Dip. Kenia López Rabadán

Vicepresidentes

Dip. Sergio Carlos Gutiérrez Luna

Dip. Paulina Rubio Fernández

Dip. Raúl Bolaños-Cacho Cué

Secretarios

Dip. Julieta Villalpando Riquelme

Dip. Alan Sahir Márquez Becerra

Dip. Nayeli Arlen Fernández Cruz

Dip. Magdalena del Socorro Núñez Monreal

Dip. Fuensanta Guadalupe Guerrero Esquivel

Dip. Laura Irais Ballesteros Mancilla

Junta de Coordinación Política

Presidente

Dip. Ricardo Monreal Ávila
Coordinador del Grupo Parlamentario
de Morena

Coordinadores de los Grupos Parlamentarios

Dip. José Elías Lixa Abimerhi
Coordinador del Grupo Parlamentario del
Partido Acción Nacional

Dip. Carlos Alberto Puente Salas
Coordinador del Grupo Parlamentario del
Partido Verde Ecologista de México

Dip. Reginaldo Sandoval Flores
Coordinador del Grupo Parlamentario del
Partido del Trabajo

Dip. Rubén Ignacio Moreira Valdez
Coordinador del Grupo Parlamentario del
Partido Revolucionario Institucional

Dip. Ivonne Aracelly Ortega Pacheco
Coordinadora del Grupo Parlamentario de
Movimiento Ciudadano



Diario de los Debates

ÓRGANO OFICIAL DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS
DEL CONGRESO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Primer Periodo de Sesiones Ordinarias del Segundo Año de Ejercicio

Director General de Crónica y Gaceta Parlamentaria Gilberto Becerril Olivares	Presidenta Diputada Kenia López Rabadán	Directora del Diario de los Debates Eugenia García Gómez
Año II	Ciudad de México, martes 23 de septiembre de 2025	Sesión 10 Anexo A

SUMARIO

INICIATIVAS DE SENADORES

LEY DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO

Del Senado de la República, la iniciativa con proyecto de decreto por el que se adiciona un inciso k), al artículo 2o.-A, de la Ley del Impuesto al Valor Agregado, presentada por el senador Alberto Anaya Gutiérrez y las senadoras Geovanna Bañuelos de la Torre, Lizeth Sánchez García, Yeidckol Polevnsky Gurwitz, y Ana Karen Hernández Aceves, del Grupo Parlamentario del Partido del Trabajo. . . .

4

LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA

Del Senado de la República, la iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma el artículo 151 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta, presentada por el senador Juan Antonio Martín del Campo Martín del Campo, del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional.

14

Del senador Alberto Anaya Gutiérrez y de las senadoras Geovanna Bañuelos de la Torre, Lizeth Sánchez García, Yeidckol Polevnsky Gurwitz y Ana Karen Hernández Aceves, integrantes del Grupo Parlamentario del Partido del Trabajo de la LXVI Legislatura del H. Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 71, Fracción II y 135 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 8, fracción I, 164, 169, 171, fracción I, y 172, párrafo 1 del Reglamento del Senado de la República, sometemos a consideración de esta Asamblea la siguiente **iniciativa con proyecto de decreto por el que se adiciona un inciso k) al artículo 2o.-A. de la Ley del Impuesto al Valor Agregado, en materia de aplicar la tasa del 0% al valor del IVA a métodos anticonceptivos**, conforme la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Los derechos sexuales y reproductivos se reconocen como parte integral de los derechos humanos universales, su propósito es garantizar que todas las personas puedan ejercer su sexualidad y decidir sobre su vida reproductiva en condiciones de libertad, dignidad y autonomía, sin discriminación, violencia o coerción¹.

Estos derechos abarcan tanto la posibilidad de acceder a información y servicios de salud de calidad, como la capacidad de tomar decisiones libres sobre el número y espaciamiento de los hijos. Están respaldados por instrumentos jurídicos internacionales y nacionales, entre ellos la Constitución mexicana.

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos es resultado de luchas sociales encabezadas principalmente por mujeres, movimientos feministas, organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil.

Durante las primeras décadas del siglo XX, la sexualidad y la reproducción se entendían casi exclusivamente desde una óptica médica, religiosa y moral². La mujer era vista principalmente como madre y cuidadora, y sus decisiones en torno a la maternidad estaban fuertemente condicionadas por mandatos sociales. En muchos países, incluyendo México, los anticonceptivos eran mal vistos, perseguidos o incluso prohibidos, bajo la idea de que atentaría contra la moral o el

¹ Consejo Nacional de Población. *Mis Derechos Sexuales y Reproductivos*. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/mis-derechos-sexuales-y-reproductivos> (Fecha de consulta: 4 de septiembre de 2025)

² McLaren, A. *A History of Contraception: From Antiquity to the Present Day*. (1990). (Fecha de consulta: 4 de septiembre de 2025)

orden social.

En este periodo, especialmente en Estados Unidos y Europa, comenzaron a surgir organizaciones que defendían el control de la natalidad como un derecho. Personajes como Margaret Sanger en EE.UU. impulsaron la distribución de anticonceptivos y la discusión pública sobre planificación familiar. Estas ideas influyeron posteriormente en América Latina. En México, aunque de manera más limitada, aparecieron voces médicas y académicas que empezaron a hablar de la necesidad de controlar la natalidad en un contexto de rápido crecimiento poblacional.

En los años sesenta se produjo un cambio clave, la aparición de la píldora anticonceptiva (1960), que revolucionó la manera en que las mujeres podían decidir sobre su vida reproductiva. En paralelo, organismos internacionales como la ONU y la OMS comenzaron a incluir la planificación familiar en la agenda de salud pública. En México, en 1974 se reformó la Constitución para reconocer el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de sus hijos (Artículo 4º). Ese mismo año se creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO), con un enfoque en políticas de planificación familiar.

Durante estas décadas, la agenda pasó de centrarse solo en la reproducción a reconocer también la sexualidad como parte de los derechos humanos. La irrupción de la epidemia del VIH/SIDA colocó la salud sexual en el centro de la discusión global, visibilizando la necesidad de educación sexual integral y de eliminar la discriminación hacia poblaciones diversas. El gran hito internacional llegó en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994), donde por primera vez se reconocieron explícitamente los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos universales³.

A inicios del siglo XXI, la agenda se amplió hacia el reconocimiento de la diversidad sexual, el derecho al placer, a la identidad de género y a vivir libres de violencia. En la Ciudad de México despenalizó el aborto en 2007 hasta las 12 semanas de gestación, convirtiéndose en pionera en América Latina. Posteriormente, otros estados siguieron este camino, mientras que en 2021 y 2023 la Suprema Corte declaró inconstitucional la criminalización del aborto voluntario, consolidando un

³ Naciones Unidas. *Conferencia Mundial de Población*. Disponible en: <https://www.un.org/es/conferences/population#:~:text=OBJETIVOS%20PRIORITARIOS,prioritarios%20de%20la%20comunidad%20internacional%22>. (Fecha de consulta: 4 de septiembre de 2025)

avance histórico en materia de derechos reproductivos.

A pesar de los avances normativos e institucionales, en México la brecha entre el reconocimiento formal de los derechos sexuales y reproductivos y su ejercicio real sigue siendo profunda. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2022) reporta que el país mantiene una de las tasas más altas de embarazo adolescente en América Latina, con 77 nacimientos por cada mil mujeres de entre 15 y 19 años⁴. Este fenómeno no solo compromete el presente de las jóvenes, sino que impacta directamente en su futuro educativo, laboral y económico, pues la mayoría de quienes enfrentan embarazos tempranos abandonan la escuela y ven reducidas sus oportunidades de movilidad social.

El problema es aún más grave si se considera que, de acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en México cada día se registran en promedio alrededor de mil nacimientos de madres adolescentes, de los cuales una parte importante corresponde a niñas menores de 15 años⁵. En estos casos, además de los riesgos de salud física y psicológica, la mayoría de los embarazos provienen de uniones tempranas forzadas o de violencia sexual, lo que revela una vulneración múltiple a los derechos humanos.

En las comunidades rurales e indígenas, los desafíos se multiplican. El acceso a métodos anticonceptivos modernos es limitado debido a la falta de infraestructura médica, carencia de personal capacitado y barreras culturales que generan desconfianza hacia los servicios de salud. Estudios del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) han documentado que las mujeres indígenas suelen tener menos acceso a información sobre salud sexual y reproductiva y enfrentan presiones comunitarias o familiares que restringen su autonomía⁶. A esto se suma la prevalencia de la violencia obstétrica, que incluye tratos degradantes, esterilizaciones forzadas o negación de servicios, prácticas que afectan de manera

⁴ INEGI. *Día Mundial para la Prevención del Embarazo no planificado en adolescentes*. Disponible en:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_EmbNoPlanificado23.pdf (Fecha de consulta: 4 de septiembre de 2025)

⁵ Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Aumento en el embarazo en adolescentes*. Disponible en:

<https://mexico.unfpa.org.fvhvu2twjj2u6n3nizexcnswnr2hguct.redirect.b1tdc.infoblox.com/ib-req/mexico.unfpa.org> (Fecha de consulta: 4 de septiembre de 2025)

⁶ Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. *El derecho de todas: voces de mujeres indígenas*.

Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/620371/libro-El-derecho-de-todas-Voces-de-mujeres-indigenas-INPI-CAMI.pdf> (Fecha de consulta: 4 de septiembre de 2025)

desproporcionada a estas poblaciones.

Otro aspecto crítico es el estigma social en torno a la sexualidad, que dificulta hablar abiertamente de anticoncepción, placer, consentimiento o diversidad sexual. Muchos adolescentes y jóvenes reciben información fragmentada o moralizante en sus hogares y escuelas, lo que limita su capacidad para tomar decisiones informadas. Según con REDIM, en el país, de las personas adolescentes que habían iniciado su vida sexual hasta 2022, 17.5% no usaron un método anticonceptivo en su última relación sexual, siendo este porcentaje mayor entre las mujeres (24.8%) que entre los hombres (11.9%)⁷, cifra que evidencia las carencias en educación sexual integral.

La violencia de género constituye otra barrera estructural. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2021) revela que siete de cada diez mujeres mexicanas han vivido algún tipo de violencia a lo largo de su vida, y muchas de esas agresiones afectan directamente su autonomía sexual y reproductiva⁸. Esto incluye desde el control sobre el uso de anticonceptivos hasta la coerción para mantener relaciones sexuales, lo que perpetúa un ciclo de desigualdad intergeneracional.

Los desafíos sociales en torno a los derechos sexuales y reproductivos en México trascienden el ámbito jurídico y se entrelazan con factores culturales, económicos y de género. Mientras no se garantice una educación sexual integral, acceso universal a servicios de salud de calidad y políticas públicas con enfoque intercultural, millones de mujeres y jóvenes seguirán enfrentando condiciones que limitan sus proyectos de vida y perpetúan desigualdades estructurales.

Por ello, es de suma importancia la educación sexual integral (ESI), esta no se limita a transmitir información biológica sobre la reproducción. Es un proceso pedagógico que busca desarrollar en niñas, niños, adolescentes y jóvenes conocimientos, actitudes, valores y habilidades para tomar decisiones responsables, libres e informadas respecto a su sexualidad. Según la UNESCO (2018), la ESI fomenta competencias para reconocer el consentimiento, promover la igualdad de género, prevenir la violencia sexual y construir relaciones

⁷ REDIM. *Salud sexual y reproductiva de la adolescencia en México (2022)*. Disponible en: <https://blog.derechosinfancia.org.mx/2023/06/30/salud-sexual-y-reproductiva-de-la-adolescencia-en-mexico-2022/> (Fecha de consulta: 4 de septiembre de 2025)

⁸ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021: Principales resultados*. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/> (Fecha de consulta: 5 de septiembre de 2025)

respetuosas⁹.

Diversos estudios han demostrado que la ESI tiene un impacto positivo directo en la salud y el bienestar social. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud señala que los programas de educación sexual integral en la escuela reducen significativamente la incidencia de embarazos no planeados en adolescentes y retrasan el inicio de la vida sexual en contextos de riesgo. Además, aumentan el uso de métodos anticonceptivos en las primeras relaciones sexuales, lo que contribuye a prevenir infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.

En México, la importancia de la ESI se refleja en políticas como la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, que reconoce la necesidad de fortalecer la educación sexual en todos los niveles educativos. Sin embargo, los datos revelan que aún hay mucho por hacer: según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2022), más del 30% de adolescentes no recibe información clara y completa sobre anticoncepción en la escuela, y muchos acceden a información sesgada o incompleta, lo que limita sus posibilidades de ejercer plenamente sus derechos¹⁰.

A nivel social, la ESI también contribuye a romper tabúes culturales en torno a la sexualidad. Permite hablar de temas como placer, diversidad sexual, respeto al cuerpo propio y ajeno, prevención del abuso y construcción de relaciones equitativas. En países como Argentina, Uruguay o Suecia, donde la ESI se ha implementado de manera transversal, se observa una disminución sostenida de embarazos adolescentes, una reducción en los índices de violencia sexual y un mayor reconocimiento de los derechos de las personas LGBTQ+.

La resistencia cultural y política en México sigue siendo uno de los principales obstáculos. Grupos conservadores suelen asociar la ESI con la “promoción” de la sexualidad, cuando en realidad se trata de formar ciudadanía consciente y garantizar igualdad de oportunidades para que niñas y adolescentes no vean truncados sus proyectos de vida por falta de información. En este sentido, no ofrecer educación sexual integral es, en la práctica, negar a millones de jóvenes la posibilidad de decidir libremente sobre su cuerpo y su futuro.

⁹ UNESCO. *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en evidencia*. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770> (Fecha de consulta: 5 de septiembre de 2025)

¹⁰ Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022: Resultados nacionales*. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/> (Fecha de consulta: 5 de septiembre de 2025)

La ESI es clave para consolidar una sociedad más justa y democrática, donde los derechos sexuales y reproductivos puedan ejercerse sin barreras. Su implementación universal y efectiva es una inversión que no solo mejora la salud pública, sino que también fortalece la autonomía individual, reduce desigualdades de género y promueve una cultura de paz basada en el respeto y la equidad.

En este mismo marco, los métodos anticonceptivos representan una de las herramientas más importantes para la construcción de sociedades saludables, equitativas y libres. Su función va más allá de prevenir embarazos no planeados, son un pilar de los derechos sexuales y reproductivos, de la planificación familiar y de la autonomía personal. En un mundo donde millones aún enfrentan barreras para acceder a ellos, reflexionar sobre su importancia es fundamental para comprender cómo inciden en la vida individual, en la salud pública y en el desarrollo económico y social.

El primer impacto positivo de los anticonceptivos radica en la salud. Su uso adecuado disminuye embarazos no deseados y reduce complicaciones médicas, así como la mortalidad materna e infantil. Asimismo, algunos métodos como el condón masculino y femenino cumplen una doble función: evitar embarazos y proteger contra infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. La Organización Mundial de la Salud ha subrayado que el acceso universal a anticonceptivos es una de las intervenciones más efectivas y costo-eficientes en salud pública, pues previene problemas de alto impacto en hospitales y sistemas médicos.

La posibilidad de decidir cuándo y cuántos hijos tener es un componente esencial de los derechos humanos. Los anticonceptivos permiten a mujeres y hombres ejercer su sexualidad de manera libre y responsable, construyendo proyectos de vida que no estén determinados por embarazos imprevistos. Para las mujeres, en particular, significan un avance histórico hacia la igualdad de género, ya que el control de la fertilidad les abre la puerta a mayores oportunidades educativas, laborales y de participación social. De esta forma, los anticonceptivos no son un lujo, sino un insumo indispensable para garantizar justicia y equidad.

Además, el acceso a métodos anticonceptivos tiene beneficios que trascienden lo individual. Las familias que pueden planificar su descendencia mejoran su estabilidad económica, destinan más recursos a la educación y cuidado de sus hijos, y contribuyen a romper ciclos de pobreza. A nivel macroeconómico, los países con mayores índices de uso de anticonceptivos presentan menores tasas de embarazo adolescente y mayor participación de las mujeres en el mercado laboral. El Fondo

de Población de las Naciones Unidas estima que por cada dólar invertido en anticoncepción se ahorran hasta tres dólares en servicios sociales y de salud¹¹, demostrando que la prevención es siempre más eficiente que la reacción.

Es indispensable subrayar que eliminar el IVA a los métodos anticonceptivos representa un paso fundamental para garantizar su acceso universal. Los anticonceptivos no son artículos de lujo, sino insumos básicos de salud pública, y gravarlos con impuestos encarece su costo, generando barreras económicas que afectan principalmente a los sectores más vulnerables. Quitar el IVA fomenta la equidad, previene embarazos no planeados y abortos inseguros, y contribuye a reducir la presión sobre el sistema de salud. Además, responde a una política pública con enfoque de género y justicia social, ya que coloca en el centro el derecho de todas las personas a decidir sobre su cuerpo y su futuro.

Esta medida se alinea con experiencias internacionales. Países como Francia, Reino Unido o Colombia han avanzado en esquemas de gratuidad o reducción de impuestos para anticonceptivos, logrando con ello un mayor acceso y menores índices de embarazos no deseados. Estos casos demuestran que la eliminación de barreras económicas es una estrategia eficaz de salud pública y de equidad social.

Quitar el IVA a los anticonceptivos es también un acto de justicia con enfoque de género. Son las mujeres quienes cargan de manera desproporcionada con las consecuencias físicas, sociales y económicas de los embarazos no deseados. Garantizar el acceso equitativo a métodos de planificación no solo protege su salud y autonomía, sino que fortalece su capacidad de decisión en todos los ámbitos de la vida: educativo, laboral, político y comunitario. En este sentido, la medida no debe verse únicamente como un ajuste fiscal, sino como una política pública transformadora que sitúa al centro el derecho de todas las personas a decidir sobre su cuerpo y su futuro.

Objetivo e importancia de la iniciativa

El acceso a los métodos anticonceptivos constituye un pilar fundamental de la salud pública y del ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, en México persisten barreras económicas que limitan su adquisición, particularmente para los sectores más vulnerables de la población. En este

¹¹ Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Estado de la población mundial 2022: Vemos lo invisible*. Disponible en: <https://www.unfpa.org/swp2025> (Fecha de consulta: 5 de septiembre de 2025)

contexto, la iniciativa que propone aplicar la tasa del 0% de IVA a la enajenación de anticonceptivos tiene como objetivo central garantizar que dichos insumos de salud no se traten como bienes de lujo, sino como lo que realmente son: herramientas indispensables para la prevención, la autonomía personal y la equidad social.

El propósito de esta reforma fiscal no se agota en una modificación tributaria, sino que busca generar un cambio estructural en las condiciones de acceso a la salud sexual y reproductiva. Al eliminar el IVA a los anticonceptivos, se reduce de manera directa el costo de condones, pastillas y anticoncepción de emergencia, facilitando que más personas, en especial jóvenes y mujeres en situación de vulnerabilidad, puedan utilizarlos sin que el precio se convierta en un obstáculo. Este enfoque coloca al Estado como garante del derecho a decidir, alejándose de una visión punitiva y adoptando una perspectiva de acompañamiento y prevención.

La importancia de esta iniciativa radica en los múltiples beneficios sociales, económicos y de salud que genera. En primer lugar, su impacto preventivo se traduce en la reducción de embarazos no planeados y abortos inseguros, lo que a su vez disminuye los riesgos para la salud física y emocional de las personas. En segundo lugar, alentar el uso de anticonceptivos reduce la presión sobre los servicios públicos de salud, liberando recursos que pueden destinarse a otros ámbitos prioritarios. En tercer lugar, la medida promueve la igualdad de género, pues son las mujeres quienes enfrentan de manera desproporcionada las consecuencias de la falta de acceso a estos métodos, y reconoce que la planificación familiar es clave para abrirles oportunidades educativas, laborales y sociales.

Finalmente, se trata de una medida de justicia social y de coherencia legislativa. Si el Estado reconoce constitucionalmente el derecho de las personas a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos, es incongruente mantener impuestos que encarecen las herramientas necesarias para ejercer ese derecho. La eliminación del IVA en anticonceptivos no representa una pérdida significativa de recaudación para la hacienda pública, pero sí ofrece beneficios de gran alcance en términos de equidad, salud y desarrollo social. En síntesis, esta iniciativa no solo corrige una carga fiscal injustificada, sino que contribuye a construir un país más justo, igualitario y consciente de la importancia de garantizar a todas las personas el derecho a decidir sobre su cuerpo y su futuro.

El Partido del Trabajo reafirma su compromiso con la justicia social y con la defensa de los derechos humanos de todas y todos. Eliminar el IVA a los métodos

anticonceptivos no es únicamente una reforma tributaria, es una medida de equidad, de salud y de dignidad. Es colocar en el centro a las mujeres, a las y los jóvenes, y a quienes menos tienen, para garantizarles acceso a herramientas que les permitan decidir sobre su vida y su futuro. Desde nuestra bancada seguiremos impulsando cambios que hagan de México un país más igualitario, más humano y más justo, porque ese es el espíritu de la Cuarta Transformación y la esencia del proyecto del Partido del Trabajo.

Para mayor claridad acerca de la reforma propuesta es que presentamos el siguiente cuadro comparativo:

Ley del Impuesto al Valor Agregado	
Texto vigente de la ley	Propuesta de reforma
Artículo 2o.-A.- El impuesto se calculará aplicando la tasa del 0% a los valores a que se refiere esta Ley, cuando se realicen los actos o actividades siguientes: I. La enajenación de: a) ... a j) ... Sin antecedente II. ... a IV. ...	Artículo 2o.-A.- El impuesto se calculará aplicando la tasa del 0% a los valores a que se refiere esta Ley, cuando se realicen los actos o actividades siguientes: I. La enajenación de: a) ... a j) ... k) Métodos anticonceptivos como el condón masculino y femenino; pastillas anticonceptivas y la anticoncepción de emergencia. II. ... a IV. ...

Por lo anteriormente expuesto presentamos el siguiente:

DECRETO

Se adiciona un inciso k) al artículo 2o.-A. de la Ley del Impuesto al Valor Agregado.

ÚNICO.- Se adiciona un inciso k) al artículo 2o.-A. de la Ley del Impuesto al Valor Agregado.

Artículo 2o.-A.- El impuesto se calculará aplicando la tasa del 0% a los valores a que se refiere esta Ley, cuando se realicen los actos o actividades siguientes:

I. La enajenación de:

a) ... a j) ...

k) Métodos anticonceptivos como el condón masculino y femenino; pastillas anticonceptivas y la anticoncepción de emergencia.

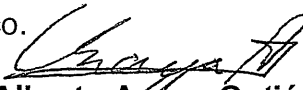
II. ... a IV. ...

TRANSITORIOS

Primero. - El presente decreto entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo. - Las adecuaciones necesarias para su implementación deberán incorporarse en el siguiente paquete fiscal que presente el Ejecutivo Federal.

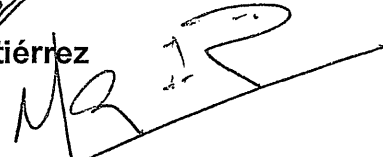
Dado en el Salón de Plenos de la Cámara de Senadores a los diez días del mes de septiembre de dos mil veinticinco.



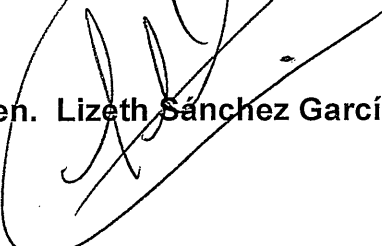
Sen. Alberto Anaya Gutiérrez



Sen. Geovanna Bañuelos de la Torre



Sen. Yeidckol Polevnsky Gurwitz



Sen. Lizeth Sánchez García



Sen. Ana Karen Hernández Aceves

SEN. LAURA ITZEL CASTILLO JUÁREZ
PRESIDENTA DE LA MESA DIRECTIVA DE LA CÁMARA DE
SENADORES
LXVI LEGISLATURA DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN
P R E S E N T E

El suscrito, **JUAN ANTONIO MARTÍN DEL CAMPO MARTÍN DEL CAMPO**, Senador de la República del Congreso General de la Unión en la LXVI Legislatura, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 71 fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como por los artículos 8° fracción I, 164 numeral 1, 169, 172 y demás aplicables del Reglamento del Senado de la República someto a consideración de esta Honorable Asamblea, la siguiente **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL ARTÍCULO 151 DE LA LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA**, al tenor de la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

México enfrenta una tensión crónica entre la magnitud de sus necesidades sanitarias y la insuficiencia del financiamiento público. A pesar de ser una de las economías más grandes de la región, el país sigue en la base de la OCDE en gasto sanitario por persona (alrededor de USD 1,200, apenas 24% del promedio OCDE) y con cobertura financiera limitada, ya que solo 50% del gasto en salud proviene de prepagos obligatorios, frente a 76% en la OCDE.

El resultado se ve en el bolsillo de la gente: el 41% del gasto corriente en salud lo pagan directamente los hogares, más del doble del promedio OCDE (18%). Esta estructura hace que una gripe complicada, una terapia oncológica o el tratamiento de salud mental se conviertan con facilidad en un problema financiero para millones de familias.

El andamiaje fiscal vigente no corrige ese sesgo, por el contrario, lo acentúa. Hoy, las “deducciones personales” están sujetas a un tope global, el menor entre 15% del ingreso anual o 5 UMAs (en 2025, \$206,367.60), además de reglas que excluyen gastos clave (por ejemplo medicinas compradas en farmacia solo son deducibles si vienen incluidas en la factura hospitalaria).

La deducibilidad de los gastos médicos en México tiene antecedentes desde mediados del siglo XX, cuando se buscó incorporar al sistema tributario un principio básico de justicia fiscal, no gravar aquellos recursos que los contribuyentes destinan a preservar su salud y la de sus familias.

Durante las primeras décadas, estas deducciones eran limitadas en su alcance, pero se entendían como una medida de equidad que reconocía que la enfermedad deteriora la calidad de vida, y reduce la verdadera capacidad económica de las personas. Con la modernización del sistema tributario a partir de la década de 1980, las deducciones personales, incluidas las de salud, se incorporaron de manera más clara en la Ley del Impuesto sobre la Renta, aunque siempre sujetas a ciertos topes.

Con el paso del tiempo, y particularmente tras las reformas fiscales de principios de los años 2000, la deducibilidad de gastos médicos fue subsumida en un esquema más amplio de deducciones personales que incluyó rubros como intereses hipotecarios, colegiaturas o aportaciones voluntarias a fondos de retiro. La intención era ordenar el sistema bajo el principio de capacidad contributiva, que establece que las personas deben aportar impuestos en proporción a su ingreso disponible real, una vez descontados los gastos indispensables para preservar la vida y la salud.

Bajo esta lógica, los sistemas tributarios permiten restar ciertos desembolsos al calcular la base gravable, con el fin de no gravar recursos que no representan capacidad económica sino necesidad vital. Sin embargo, en México el diseño de la deducibilidad terminó por diluir la

importancia de los gastos médicos al colocarlos dentro de un tope global muy restrictivo, lo que en la práctica redujo su utilidad real para las familias que enfrentan enfermedades crónicas o emergencias de alto costo, y limitó su alcance únicamente a quienes pueden cumplir con requisitos formales y absorber los costos administrativos para hacerlos válidos ante la autoridad fiscal.

Asimismo, en la práctica, las deducciones personales funcionan mejor para quienes tienen acceso a contadores, asesores fiscales y seguros privados que facilitan la facturación conforme a los lineamientos del SAT. Para las familias que enfrentan enfermedades graves y que destinan una parte significativa de su ingreso a consultas, medicinas o terapias, el beneficio es mínimo o inexistente, ya sea porque rebasan rápidamente el tope global, porque sus gastos no cumplen con los requisitos formales de facturación o porque no tienen la capacidad administrativa de registrarlos.

Así, un instrumento concebido para aliviar la carga de los hogares se convierte en un privilegio regresivo, dejando sin protección precisamente a quienes más la necesitan, los millones de familias que enfrentan gastos desproporcionados para cubrir sus necesidades básicas de salud.

Con este panorama, esta propuesta busca restablecer el sentido original de la deducibilidad como un mecanismo de justicia fiscal, eliminando topes restrictivos y reconociendo la naturaleza indispensable de los gastos médicos y de salud. Permitir que los contribuyentes deduzcan el 100% de estos desembolsos no es un privilegio, sino una manera de aliviar la carga económica de las familias, fomentar la prevención y garantizar que la atención privada sea una opción accesible en un contexto donde el sistema público sigue mostrando serias carencias.

La evidencia social muestra por qué es urgente: el gasto de bolsillo presiona más a los hogares de menores ingresos. Con base en la ENIGH 2024, entre 2022 y 2024 el gasto de bolsillo en salud creció 7.9% real, hasta \$6,421 anuales por hogar, y, en el decil I aumentaron los casos de

gasto catastrófico y empobrecedor. Después de la pandemia, 3.9% de los hogares incurrió en gasto catastrófico, casi el doble que en 2018. Estas cifras no son abstractas, significan tratamientos interrumpidos, deudas y renuncias a atención temprana.

En salud mental, el rezago es aún más marcado. La ENSANUT Continua 2022 estimó 16.7% de adultos con sintomatología depresiva, con mayor prevalencia en mujeres, personas con menor bienestar y residentes rurales, y distintos estudios regionales documentan brechas de tratamiento superiores a 70% para depresión y otros trastornos en América Latina, incluida México.

El financiamiento público a salud mental es mínimo y se concentra en hospitales psiquiátricos, dejando subatendidos los servicios comunitarios y ambulatorios. Ampliar la deducibilidad al 100% para consultas psicológicas y psiquiátricas, psicoterapias y rehabilitación ataca la barrera de precio que hoy impide el acceso oportuno en el sistema privado a quienes no encuentran atención pública.

El comparativo internacional confirma que usar el sistema fiscal para aliviar el costo directo de la atención es una práctica extendida. Estados Unidos permite deducir gastos médicos que exceden 7.5% del ingreso. Canadá otorga un crédito fiscal por el monto que supere 3% del ingreso o una cifra fija actualizada anualmente. En España, varias comunidades autónomas aplican deducciones específicas para gastos sanitarios.

Más allá de la equidad, hay una lógica económica, reducir el precio efectivo para el usuario final incrementa el uso de servicios necesarios y evita complicaciones costosas. Cuando un diabético puede deducir íntegramente sus consultas, pruebas y fármacos, es más probable que mantenga controlada la HbA1c y evite hospitalizaciones. Cuando una persona con depresión accede sin barreras a terapia y medicación, disminuye el ausentismo y la pérdida de productividad.

Con gasto público limitado y alta saturación en el sector público, el margen de expansión de cobertura en el corto plazo vendrá del segmento privado. Por eso, eliminar topes bajos y reconocer el 100% de los gastos de salud como deducibles es una política costo-efectiva para proteger a las familias mientras se recupera la capacidad del sistema público.

Uno de los argumentos que suelen plantearse contra la deducción amplia de gastos médicos es el posible impacto recaudatorio. Sin embargo, la evidencia comparada sugiere que este efecto puede ser compensado por los beneficios sociales y económicos. La Secretaría de Hacienda ha estimado que, en México, las deducciones personales representan alrededor de 0.4 % del PIB en ingresos fiscales no percibidos, un margen relativamente bajo frente al beneficio social que se obtendría si esas deducciones se enfocan en aliviar uno de los mayores gastos de bolsillo de los hogares. Además, el costo fiscal debe ponderarse frente al ahorro futuro en hospitalizaciones, tratamientos de alta especialidad y pérdida de productividad laboral que se generan cuando la población posterga o abandona tratamientos preventivos.

En el plano distributivo, la reforma también ofrece ventajas claras. Los hogares de ingresos medios y bajos son los que más resienten el costo de una enfermedad, pues no cuentan con seguros privados ni con ahorros significativos. La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2024) reveló que cerca del 60 % del gasto de bolsillo en salud se concentra en consultas médicas y medicamentos, partidas que hoy enfrentan limitaciones para deducirse plenamente.

Otro elemento crucial es la salud mental, históricamente relegada en la política pública mexicana. Los trastornos depresivos y de ansiedad son hoy la principal causa de años vividos con discapacidad en el país, según la carga de enfermedad estimada por el Instituto para la Métrica y Evaluación en Salud (IHME). Sin embargo, menos de 2% del gasto público en salud se destina a servicios de salud mental, y la cobertura en

hospitales y clínicas públicas es mínima. Esto genera que 7 de cada 10 personas con depresión no reciban atención adecuada.

La prevención también adquiere un papel central en esta reforma. La Organización Mundial de la Salud estima que cada dólar invertido en prevención y tratamiento temprano de enfermedades crónicas puede generar un retorno de entre 7 y 10 dólares en ahorros por hospitalizaciones evitadas y mayor productividad laboral. En un país donde el 75% de las muertes están asociadas a enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión y cáncer, facilitar la deducción íntegra de medicamentos y consultas de seguimiento tiene un efecto macroeconómico, ya que reduce la presión sobre hospitales públicos, incrementa los años de vida saludable y disminuye el costo total de atención para el Estado y las familias.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha dejado claro, en casos como el Amparo en Revisión 758/2019 y en la tesis 1a. CCCLIV/2018 (10ª época), que las limitaciones actuales a la deducción de gastos médicos no son inconstitucionales, pues el legislador cuenta con un margen de configuración amplio para establecer topes y requisitos. En otras palabras, la Corte no niega que las deducciones puedan ampliarse, simplemente valida que los topes hoy existentes son una decisión legislativa. Este razonamiento abre la puerta a una reforma como la que aquí se propone, si el Congreso tiene la facultad de restringir, también tiene la facultad de ampliar, ajustar o incluso reconocer la deducibilidad total como una herramienta de justicia fiscal y social.

Esta jurisprudencia se convierte así en un respaldo jurídico indirecto a la reforma, porque confirma que no existe un obstáculo constitucional para rediseñar el régimen de deducciones en favor de los contribuyentes. El legislador puede, de manera legítima, decidir que los gastos en salud y medicamentos se deduzcan al 100%, atendiendo a la crisis de abasto en el sistema público, a la elevada proporción de gasto de bolsillo de los

hogares y a la urgencia de garantizar acceso a tratamientos sin que ello implique un riesgo de empobrecimiento.

Lejos de contradecir la jurisprudencia de la Corte, esta propuesta se apoya en ella para demostrar que corresponde al Poder Legislativo tomar la decisión política de ampliar los beneficios fiscales en materia de salud, reconociendo que se trata de gastos indispensables y no de lujos o privilegios.

Si México quiere avanzar hacia un modelo exitoso de salud, debe reconocer que la participación del sector privado es complementaria, no excluyente. Mientras el gasto público siga por debajo de estándares internacionales, las familias seguirán cubriendo buena parte de su atención médica en consultorios, farmacias y hospitales privados.

Si se combina el aprendizaje internacional con la evidencia nacional, el mensaje es contundente, debemos permitir la deducción total de gastos médicos y de salud porque es una política costo-efectiva, socialmente justa y económicamente sostenible. Con ella, el Estado no renuncia a su papel de garante del derecho a la salud, pero reconoce que mientras no alcance niveles de inversión equivalentes al 6% del PIB recomendados por la OMS, debe proteger a las familias del riesgo de caer en gastos catastróficos. Esta medida devuelve certidumbre, fomenta la prevención, apoya la salud mental, corrige inequidades en el acceso y fortalece la corresponsabilidad social en el cuidado de la salud.

La situación actual exige actuar con decisión y sin más dilaciones. No es aceptable que un país con los recursos de México, con una economía diversificada y con la capacidad técnica existente, siga permitiendo que millones de ciudadanos enfrenten desabasto de medicinas, citas diferidas y falta de atención básica. Cada receta no surtida y cada consulta retrasada no solo significan un servicio fallido, sino también un paciente que sufre, una familia que gasta de más y un sistema que pierde legitimidad.

Por todo lo anterior, esta propuesta debe verse como un paso firme hacia un modelo de protección financiera en salud más justo, moderno y humano. México no puede seguir postergando decisiones que garanticen el bienestar de su población. Debe, en cambio, demostrar que está dispuesto a poner la salud en el centro de sus prioridades. Este cambio legislativo sería una señal clara de compromiso con la ciudadanía, una acción que reconoce la dignidad de las personas y una inversión en el futuro del país.

Por lo anteriormente expuesto, someto a la consideración de esta Asamblea el siguiente:

PROYECTO DE DECRETO

ARTÍCULO ÚNICO: Se adiciona un párrafo al artículo 151 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta, para quedar como sigue:

Artículo 151. Las personas físicas residentes en el país que obtengan ingresos de los señalados en este Título, para calcular su impuesto anual, podrán hacer, además de las deducciones autorizadas en cada Capítulo de esta Ley que les correspondan, las siguientes deducciones personales:

I. Los pagos por honorarios médicos, dentales y por servicios profesionales en materia de psicología y nutrición prestados por personas con título profesional legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes, así como los gastos hospitalarios, efectuados por el contribuyente para sí, para su cónyuge o para la persona con quien viva en concubinato y para sus ascendientes o descendientes en línea recta, siempre que dichas personas no perciban durante el año de calendario ingresos en cantidad igual o superior a la que resulte de calcular el salario mínimo general del área geográfica del contribuyente elevado al año, y se efectúen mediante cheque nominativo del contribuyente, transferencias electrónicas de fondos, desde cuentas abiertas a nombre del contribuyente

en instituciones que componen el sistema financiero y las entidades que para tal efecto autorice el Banco de México o mediante tarjeta de crédito, de débito, o de servicios.

...

...

...

...

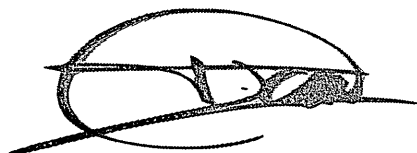
Los pagos a que se refiere esta fracción serán deducibles aun cuando no formen parte de una factura hospitalaria, siempre que cuenten con receta médica expedida por profesional autorizado y se cumpla con los requisitos establecidos en el Código Fiscal de la Federación.

La deducción establecida en esta fracción será del 100% de los gastos erogados, sin sujeción al límite global señalado en el último párrafo de este artículo.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Atentamente



Sen. Juan Antonio Martín del Campo

Dado en el Salón de Sesiones del Pleno del Senado de la República, el día
9 del mes de septiembre del año 2025.

Referencias:

- Buzos de la Noticia. (2024, 8 de septiembre). Más recortes a salud: una estocada mortal. Buzos de la Noticia. <https://buzos.com.mx/noticiaVer/mas-recortes-a-salud-una-estocada-mortal>
- Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP). (2024, septiembre). Gasto para salud en 2025: recortes en hospitales y para población sin seguridad social. CIEP. <https://ciep.mx/gasto-para-salud-en-2025-recortes-en-hospitales-y-para-poblacion-sin-seguridad-social>
- Consultor Salud. (2025, 12 de febrero). Reportes sobre desabasto de medicamentos en el IMSS. Consultor Salud. <https://consultorsalud.com.mx/reportes-desabasto-de-medicamentos-imss>
- El Economista. (2024, 6 de mayo). Sin surtir efectivamente 7.5 millones de recetas. El Economista. <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Sin-surtir-efectivamente-7.5-millones-de-recetas-20240506-0146.html>
- El Economista. (2025, 14 de enero). Número de recetas no surtidas cayó 50% en 2023: IMSS. El Economista. <https://www.eleconomista.com.mx/empresas/50-numero-recetas-surtidas-20250114-742010.html>
- El Universal. (2025, 11 de enero). IMSS no surtió 11 millones de medicinas en 2024. El Universal. <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/imss-no-surtio-11-millones-de-medicinas-en-2024>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2024). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2024. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2024>
- La Verdad Juárez. (2025, 25 de febrero). Desabasto de medicinas: IMSS falla en surtir entre 28 mil y 70 mil recetas al día. La Verdad Juárez. <https://laverdadjuarez.com/2025/02/25/desabasto-de-medicinas-imss-falla-en-surtir-entre-28-mil-y-70-mil-recetas-al-dia>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Global Health Expenditure Database. World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-expenditure>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). Recursos Humanos en Salud: Panorama regional. OPS. <https://www.paho.org/es/temas/recursos-humanos-salud>

- Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). (2019). Amparo en Revisión 758/2019. SCJN. https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2019-11/AR-758-2019-191122.pdf
- Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). (2018). Tesis 1a. CCCLIV/2018 (10ª época). SCJN. <https://www.scjn.gob.mx/consultas-jurisprudenciales>
- Servicio de Administración Tributaria (SAT). (2025). Deducciones personales: reglas y límites. SAT. <https://www.sat.gob.mx/consulta/62820/deducciones-personales>
- The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2024). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-19991312.htm>
- World Bank. (2023). Current health expenditure (% of GDP). The World Bank Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>



Secretario de Servicios Parlamentarios: Hugo Christian Rosas de León; **Director General de Crónica y Gaceta Parlamentaria:** Gilberto Becerril Olivares; **Directora del Diario de los Debates:** Eugenia García Gómez; **Jefe del Departamento de Producción del Diario de los Debates:** Oscar Orozco López. Apoyo Documental: **Dirección General de Proceso Legislativo,** José de Jesús Vargas, director. Oficinas de la Dirección del Diario de los Debates de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión: Palacio Legislativo, avenida Congreso de la Unión 66, edificio E, cuarto nivel, colonia El Parque, delegación Venustiano Carranza, CP 15969. Teléfonos: 5036-0000, extensiones 54039 y 54044. **Página electrónica:** <http://cronica.diputados.gob.mx>