

El aborto en México: situación actual y retos

Deyanira González de León Aguirre*

RESUMEN

En este trabajo se describen los cambios ocurridos en México para lograr que el acceso al aborto legal, seguro y gratuito se convierta en un derecho para todas las mujeres. Se realizó una revisión bibliográfica sobre los cambios en las leyes y las políticas relativas al aborto en México. Estos cambios, demandados durante décadas por el movimiento feminista, iniciaron en el año 2000 en la capital del país y han sido posibles en un contexto sociopolítico progresista que en distintos momentos ha permitido reconocer al aborto como un importante problema de salud pública, como un derecho y como un asunto de justicia social. Hasta finales de septiembre 2024, la mitad de las entidades del país habían liberalizado sus leyes sobre el aborto y la Suprema Corte lo despenalizó en 2021. Además, la Secretaría de Salud emitió lineamientos técnicos para ofrecer servicios de aborto legales y seguros durante el primer trimestre del embarazo en instituciones públicas de todo el país apoyados en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, en la mitad de las entidades las leyes sobre el aborto siguen siendo altamente restrictivas y está todavía pendiente una reforma al Código Penal Federal para derogar las disposiciones que lo criminalizan a nivel nacional. Se describen los beneficios del Programa de Interrupción Legal del Embarazo de la Ciudad de México (CDMX), iniciado en 2007, como referencia para visualizar tanto los retos que enfrentan las entidades que liberalizaron sus leyes en años recientes como las estrategias para mejorar la calidad de la atención al aborto en la CDMX y en el resto del país.

PALABRAS CLAVE: aborto, leyes sobre el aborto, cambios en leyes y políticas sobre el aborto en México.

Abortion in Mexico: Current situation and challenges

ABSTRACT

This paper describes the changes that have occurred in Mexico to make access to legal, safe, and free abortion a right for all women. A bibliographic review on the changes in laws and policies related to abortion in Mexico was done. These changes, demanded for decades by the feminist movement, began in 2000 in the country's capital and have been possible in a progressive sociopolitical context that at different times has allowed abortion to be recognized as an important public health problem, as a right,

* Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Correo electrónico: dgonzal@correo.xoc.uam.mx

Fecha de recepción: 04 de septiembre de 2024.
Fecha de aceptación: 25 de noviembre de 2024.

and as a matter of social justice. By the end of September 2024, half of the country's states had liberalized their abortion laws, and the Supreme Court decriminalized it in 2021. In addition, the Ministry of Health issued technical guidelines to offer legal and safe abortion services during the first trimester of pregnancy in public institutions throughout the country based on recommendations of the World Health Organization. However, in half of the states, abortion laws remain highly restrictive and a reform to the Federal Penal Code to eliminate the provisions that criminalize abortion at the national level is still pending. The benefits of the Legal Pregnancy Termination Program of Mexico City, initiated in 2007, are described as a reference to visualize both the challenges faced by states that have liberalized their laws in recent years and the strategies to improve the quality of abortion care in Mexico City and the rest of the country

KEYWORDS: abortion, abortion laws, changes in abortion laws and policies in México.

Introducción

En este trabajo se describen los cambios que han ocurrido en México para lograr que el acceso a la interrupción legal, segura y gratuita del embarazo se convierta en un derecho para todas las mujeres. El trabajo se apoya en una revisión de bibliografía sobre las modificaciones a las leyes y las políticas públicas relativas al aborto en el país. La mayor parte de las fuentes consultadas fueron producidas en México; se revisaron también artículos y documentos publicados en otros contextos para darle solidez a los argumentos presentados.

La demanda por la despenalización del aborto, liderada durante décadas por organizaciones del movimiento feminista y apoyada por actores sociales diversos, ha logrado cambios sustantivos en las leyes y las políticas públicas sobre el aborto. Desde el año 2000 estos cambios han sido posibles en un contexto social progresista que en distintos momentos ha permitido reconocer al aborto no sólo como un importante problema social y de salud pública, sino también como un derecho y como un asunto de justicia social.

No obstante, frente a la compleja situación sociopolítica actual de México y frente a las incertidumbres que plantean la reestructuración de los servicios públicos de salud y la reforma al poder judicial, es pertinente considerar los retos que supone modificar las leyes y las políticas públicas sobre el aborto. La referencia para visualizar estos retos y las estrategias para enfrentarlos es el Programa de Interrupción Legal del Embarazo de la Ciudad de México, al cual se dedica una sección de este trabajo.

Legalizar el aborto es sólo un primer paso en el tránsito hacia la creación de servicios para ofrecerlo en condiciones seguras y la aprobación de leyes liberales no siempre garantiza que los servicios sean accesibles para todas las mujeres que los necesitan. Las experiencias de muchos países muestran que la viabilidad y el éxito de las reformas para liberalizar las leyes sobre el aborto requieren un fuerte respaldo político al más alto nivel y la confluencia de esfuerzos para que éstas cumplan con el propósito de proteger la vida,

la salud y los derechos de las mujeres (Ganatra y Elul, 2003; Grimes *et al.*, 2006; Benson *et al.*, 2011; Sedgh *et al.*, 2012; Singh *et al.*, 2018; World Health Organization, 2022).

La realidad del aborto en México es compleja y abarca distintas dimensiones. En el ámbito de la salud pública el aborto está inmerso en un conjunto de problemas aún no resueltos: los altos niveles de pobreza y las marcadas desigualdades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de alta calidad; las limitaciones en el acceso a la educación sexual y a la anticoncepción moderna que propician una alta incidencia de embarazos no deseados; la violencia sexual que provoca embarazos no deseados sobre todo entre mujeres jóvenes, adolescentes y niñas; y las restricciones legales que impiden el acceso a servicios de aborto seguro y propician complicaciones evitables y muertes innecesarias atribuibles al aborto inseguro. En la perspectiva de los derechos humanos, el aborto es un asunto en el que confluyen libertades y derechos fundamentales cuyo ejercicio es aún limitado o imposible para muchas mujeres: los derechos a la vida y a la salud, a la igualdad de género, a la privacidad del cuerpo y a la autonomía reproductiva, y a vivir libres de discriminación y de violencia. El aborto es también el centro de un debate conceptual y político en el que se expresan posturas divergentes y a menudo irreconciliables, en tanto involucra aspectos médicos, éticos, morales y filosóficos sobre el inicio de la vida humana.

Hasta hoy,¹ 16 de las 32 entidades federativas del país han modificado sus leyes sobre el aborto permitiéndolo a solicitud de la mujer durante las primeras 12 semanas del embarazo, un plazo limitado —admitido en la mayoría de los países con

leyes liberales sobre el aborto— que obstaculiza el acceso a servicios legales y seguros para las mujeres pobres y socialmente vulnerables. Además, los gobiernos de las entidades con nuevas leyes liberales enfrentan el reto de garantizar la calidad y la disponibilidad de servicios públicos, gratuitos y geográficamente accesibles para la interrupción legal del embarazo (ILE). Como se describirá más adelante, aun en la Ciudad de México, que ofrece desde 2007 servicios públicos y gratuitos de ILE, los términos de la legislación vigente deben revisarse para eliminar barreras de acceso y aumentar su cobertura y calidad.

Por otro lado, en las últimas décadas la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ha emitido sentencias favorables a las demandas feministas para despenalizar el aborto y proteger los derechos reproductivos. La política federal en el ámbito de la salud reproductiva ha cambiado y, por primera vez, el aborto es reconocido en México como un problema que merece ser abordado en forma integral. Recientemente, en 2021, la SCJN emitió una sentencia para despenalizar el aborto a nivel nacional y existen ya políticas gubernamentales y lineamientos técnicos oficiales de nivel federal para ofrecer servicios legales y seguros en instituciones públicas de todo el país. Sin embargo, la mitad de las entidades federativas no han modificado sus leyes restrictivas sobre el aborto y en las que lo han hecho la oferta de servicios públicos de ILE es desigual y limitada; además, está todavía pendiente la discusión y aprobación en el Congreso de la Unión de una reforma para derogar del Código Penal Federal las disposiciones que regulan y criminalizan el aborto a nivel nacional.

Las nuevas políticas públicas federales sobre el aborto en México se sustentan en las actuales directrices de la Organización Mundial de la Salud

¹ Principios de septiembre 2024.

(OMS) para la atención del aborto. Estas directrices se apoyan en evidencias clínicas acumuladas durante décadas y en la perspectiva internacional de los derechos humanos. Con base en las consecuencias negativas de las leyes que restringen o limitan el acceso al aborto seguro, la OMS recomienda la legalización amplia de la interrupción del embarazo y considera al aborto seguro como un servicio de salud esencial. Recomienda también instrumentar políticas públicas que aseguren el acceso universal y oportuno al aborto legal y seguro, y la implementación de modelos de atención postaborto para las mujeres que presentan complicaciones del aborto inducido o espontáneo. Para el aborto temprano, durante el primer trimestre del embarazo, recomienda que los servicios se ofrezcan en instalaciones ambulatorias, con infraestructura adecuada y por personal capacitado en el uso de métodos que han demostrado una alta eficacia y seguridad. La OMS establece directrices para garantizar la seguridad médica del aborto más allá del primer trimestre del embarazo (World Health Organization, 2022).

Los métodos actualmente avalados por la OMS para ofrecer servicios ambulatorios de aborto seguro en el primer trimestre del embarazo son la *aspiración endouterina*, en sus versiones manual o eléctrica, y el *aborto médico* —o *aborto con medicamentos*— que se practica usando una combinación de mifepristona con misoprostol, o misoprostol solo. La evidencia ha mostrado la alta efectividad y la seguridad de estos métodos, cuyo uso por personal capacitado puede extenderse al aborto después de las 12 semanas del embarazo. Ambos métodos son también recomendados para tratar las complicaciones del aborto inseguro y para el manejo clínico del aborto espontáneo no complicado en servicios de atención postaborto (Kapp y Lorh, 2020; Lerma y Blumenthal, 2020; World Health Organization, 2022).

Los cambios en las leyes y las políticas públicas sobre el aborto en México

En México, el aborto está regulado en el Código Penal Federal de 1931 y cada entidad federativa tiene su propia ley sobre el aborto. Las legislaciones estatales difieren en cuanto a las causales de no punibilidad y a las sanciones penales, y el embarazo resultado de violación es una causal para el aborto legal presente en todas las leyes estatales.²

Los cambios en las leyes sobre el aborto iniciaron en agosto del año 2000 en la capital del país, el entonces Distrito Federal, con una primera reforma —la *Ley Robles*— que amplió las causales para el aborto legal y estableció, por primera vez en el país, normas y procedimientos para asegurar el derecho al aborto legal en casos de violación, inseminación artificial no consentida, grave riesgo para la salud de la mujer, y alteraciones genéticas y congénitas graves del producto. La reforma fue impugnada por diputados de los partidos Acción Nacional y Verde Ecologista, pero la SCJN ratificó su constitucionalidad en enero de 2002 (Billings *et al.*, 2002; Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2021).

Con el antecedente de la Ley Robles, el intenso trabajo de negociación política desplegado por las organizaciones feministas logró que en abril de 2007 la Asamblea Legislativa del Distrito Fe-

² Además del embarazo resultado de violación, las leyes estatales incluyen una o más causales para el aborto legal: peligro de muerte para la embarazada, conducta imprudencial de la mujer, malformaciones genéticas o congénitas graves del producto, riesgo para la salud de la embarazada, inseminación artificial no consentida, razones económicas, y voluntad de la mujer (ver: Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2021). El Código Penal Federal de 1931 establece que el aborto no es punible bajo tres circunstancias: imprudencia de la mujer, violación y peligro de muerte; dicta sanciones para quienes procuran abortos, con años de cárcel y suspensión del ejercicio profesional para médicos; para las mujeres contempla penas de 6 meses a un año de cárcel, siempre que no tengan mala fama, hayan logrado ocultar el embarazo, o cuando éste resulte de una unión ilegítima (ver: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 1931).

deral, conformada en su mayoría por legisladores del Partido de la Revolución Democrática, promulgara la reforma que despenalizó el aborto a solicitud de la mujer durante las primeras 12 semanas del embarazo. La demanda de servicios empezó al día siguiente de la aprobación de la ley y el gobierno local creó el Programa de ILE (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2008), que opera desde entonces en centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud de la hoy Ciudad de México.

La victoria feminista lograda en abril de 2007 generó gran entusiasmo y la esperanza de que la despenalización del aborto sería pronto una realidad en todo el territorio nacional. Sin embargo, esta segunda reforma motivó reacciones y controversias que frenaron la posibilidad de cambios en las legislaciones de otras entidades en el corto plazo. En mayo de 2007, la reforma fue impugnada por los titulares de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y de la Procuraduría General de la República que fungían como funcionarios del segundo gobierno federal encabezado por el Partido Acción Nacional. El litigio para dirimir las impugnaciones y la intensa discusión sobre la ley en audiencias públicas finalizaron más de un año después, en agosto de 2008, cuando la SCJN sentenció la constitucionalidad de la reforma sobre el aborto aprobada en 2007 para la capital del país (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2021; 2024). Este fallo de la SCJN reafirmó la validez de los principios y argumentos que sustentaron la nueva legislación, pero fue el detonante para que entre 2008 y 2021 los congresos locales de 20 entidades aprobaran reformas constitucionales *para proteger la vida desde el momento de la concepción*.³ Impulsadas por los sectores so-

3 Chihuahua promulgó la primera de estas reformas en 1994; las entidades donde se aprobaron entre 2008 y 2021 fueron Morelos, Baja California, Colima, Sonora, Quintana Roo, Guanajuato, Durango, Puebla, Nayarit, Ja-

ciales más conservadores —la Iglesia católica, el Comité Nacional Provida, el Partido Acción Nacional—, estas reformas constitucionales regresivas tuvieron como propósito restringir aún más el acceso al aborto e impedir que las leyes se liberalizaran en otras entidades (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2018; 2021; del Cid, 2024). La incertidumbre y el temor que se generaron respecto a la legalidad del aborto bajo las causales previstas en las leyes estatales —entre el personal de salud, las instancias judiciales, y las propias mujeres— propició que muchas mujeres, la mayoría adolescentes y jóvenes pobres, fueran severamente criminalizadas por abortar. Mujeres que buscaban atención por complicaciones del aborto fueron denunciadas por personal de hospitales públicos, y hubo incluso mujeres con abortos espontáneos que fueron sentenciadas con largas penas de prisión. Hubo también niñas y adolescentes violadas a quienes se negó el derecho al aborto legal (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2018; 2021).⁴

A finales de 2018, una reforma a la constitución local de Sinaloa incluyó una cláusula para proteger la vida de los no nacidos; la cláusula fue impugnada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos y por legisladores progresistas de la entidad, y en 2021 la SCJN declaró su inconstitucionalidad. La sentencia determinó que los congresos locales carecen de competencias para definir cuándo inicia la vida humana, que el embrión no

lisco, Yucatán, San Luis Potosí, Oaxaca, Querétaro, Chiapas, Tamaulipas, Veracruz, Sinaloa, Nuevo León y Aguascalientes (ver: Grupo de Información en reproducción Elegida, 2018; 2021).

4 El caso de Guanajuato es ilustrativo de la situación generada por las reformas para proteger la vida desde el momento de la concepción. A partir de 2009, año en que se aprobó la reforma en la entidad, las mujeres que abortaban fueron acusadas de homicidio en razón de parentesco agraviado por el homicidio de un producto en gestación. En un solo año fueron denunciadas 160 mujeres y 43 se encontraban bajo proceso penal. Un libro reciente, producido por la organización feminista Las Libres, documenta extensamente la situación del aborto en esa entidad (ver Martínez et al., 2024).

es una persona con derechos, y que proteger la vida desde el momento de la concepción atenta contra el derecho a la autonomía reproductiva de las mujeres (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2024).

Más de una década después de la despenalización del aborto en la capital del país, el contexto sociopolítico del país, gobernado a nivel federal por el Movimiento de Regeneración Nacional desde 2018, ha favorecido la aprobación de leyes liberales sobre el aborto en 15 entidades más: Oaxaca en 2019; Hidalgo, Veracruz, Coahuila, Baja California, y Colima en 2021; Sinaloa, Guerrero, Baja California Sur y Quintana Roo en 2022; y Aguascalientes, Jalisco, Puebla, Nayarit y Zacatecas en 2024. Al igual que en la Ciudad de México, las nuevas legislaciones estatales permiten el aborto a solicitud de la mujer durante las primeras 12 semanas del embarazo, con excepción de Sinaloa donde el plazo es de 13 semanas. En la mayoría de las entidades los congresos locales votaron a favor de despenalizar el aborto; en Coahuila y Aguascalientes las leyes se modificaron a partir de sentencias previas de la SCJN; y en Jalisco, Nayarit y Zacatecas está todavía pendiente la derogación del delito de aborto en los códigos penales locales (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2024).

En México existen también la Ley General de Víctimas, promulgada en 2013, y la Norma Oficial 046 —*Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*—, actualizada en 2016, que establecen el acceso inmediato a servicios públicos de aborto para mujeres con embarazos resultado de violación, independientemente de la edad gestacional y sin necesidad de que la violación se denuncie ante la autoridad judicial (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2021; 2024).

A partir de 2021 ocurrieron cambios relevantes en las políticas públicas federales sobre el aborto. En junio, la Secretaría de Salud publicó, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNGSR), el Lineamiento Técnico para Ofrecer Servicios de Aborto Seguro en México, avalado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y por la OMS (Secretaría de Salud, 2021a). El Lineamiento se reeditó a finales de 2022, esta vez con el respaldo de las principales instituciones de seguridad social y con el refrendo de la OPS y la OMS (Secretaría de Salud, 2022);⁵ la estructura y el contenido de este documento se apegan a las directrices más recientes de la OMS para la atención del aborto, y tiene como propósito establecer

(...) los criterios básicos de atención en las unidades de salud para que las mujeres y personas con capacidad de gestar, incluyendo niñas y adolescentes, que requieran servicios de aborto seguro dentro del territorio nacional, tengan acceso a una atención oportuna, resolutive e integral, basada en las directrices y recomendaciones internacionales con la mejor evidencia científica disponible, con perspectiva de género y de derechos humanos (p. 10).

En este Lineamiento se plantea que la atención legal y segura del aborto es un *servicio prioritario de salud sexual y reproductiva*, en respuesta tanto a las disposiciones sobre derechos humanos que dicta la Constitución como a los acuerdos y tratados internacionales firmados y ratificados por el Estado mexicano.

En julio de 2021, el CNGSR presentó el Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproduc-

⁵ Estas instituciones son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

tiva 2020-2024 cuyo objetivo es “Contribuir al bienestar de la población, a través del acceso universal a información y servicios de salud sexual y reproductiva con competencia técnica, evidencia científica, principios de igualdad, pertinencia sociocultural, no discriminación y respeto a los derechos humanos” (p. 72). Respecto al aborto, este Programa federal plantea garantizar el acceso al aborto seguro en las primeras 12 semanas del embarazo, dentro del marco legal vigente en cada entidad federativa, en servicios ambulatorios y utilizando métodos seguros por equipos de personal técnicamente capacitado (Secretaría de Salud, 2021b).

En septiembre de 2021, la SCJN declaró la invalidez del Artículo 10 bis de la Ley General de Salud relativo a la objeción de conciencia del personal de salud frente al aborto, y exhortó al Congreso de la Unión a legislar en la materia. La Corte determinó que

La objeción de conciencia no constituye un derecho absoluto ni ilimitado que pueda ser invocado en cualquier caso y bajo cualquier modalidad (...) únicamente es válida cuando se trata de una auténtica contradicción con los dictados de una conciencia respetable en un contexto constitucional y democrático (...) no cabe invocarla para defender ideas contrarias a la Constitución (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2024).

Por otro lado, también en septiembre de 2021, la SCJN determinó, al resolver una acción de inconstitucionalidad sobre el delito de aborto en el Código Penal de Coahuila, que el uso del derecho penal para la prohibición absoluta del aborto contraviene la Constitución federal y reconoció el derecho a decidir de las mujeres y personas con capacidad de gestar (Suprema Corte de Justicia

de la Nación, 2021; del Cid, 2024). A partir de esta sentencia, desde 2022 organizaciones de la sociedad civil de distintas entidades han impulsado una estrategia jurídica nacional con demandas de amparo contra los códigos penales estatales y contra el Código Penal Federal.⁶ En septiembre de 2023, la SCJN validó los términos del amparo contra el Código Penal Federal de 1931 y ordenó al Congreso de la Unión, conformado por las cámaras de diputados y de senadores, eliminar las disposiciones que criminalizan el aborto. En la sentencia se afirma que

Las disposiciones penales que criminalizan de manera absoluta el derecho a decidir sobre la interrupción del embarazo son contrarias a los derechos a la dignidad humana, a la autonomía reproductiva y libre desarrollo de la personalidad, el derecho a la salud y el derecho a la igualdad y no discriminación (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2023).

Los términos de esta última resolución implican que ninguna persona será penalizada por el delito de aborto y que *todas* las instituciones federales de salud estarán obligadas a ofrecer servicios de aborto legal y seguro en *todo* el país. La sentencia debió ser acatada por el Congreso de la Unión antes de finalizar 2023, pero dados los tiempos políticos del país todavía no se ha cumplido; las cámaras legislativas han recibido iniciativas para reformar el Código Penal Federal, provenientes de representantes de distintos partidos políticos que se encuentran en espera de dictamen.

⁶ La estrategia jurídica nacional ha sido encabezada por el Grupo de Información en Reproducción Elegida (ver: <https://gire.org.mx/blog/demandas-de-amparo-en-contra-del-delito-de-aborto-lo-que-hay-que-saber/>; <https://animalpolitico.com/analisis/organizaciones/punto-gire/aborto-litigio-aporte-feminismo/>; <https://gire.org.mx/blog/estrategia-juridica-integral-contra-la-regulacion-del-delito-de-aborto/>).

Pese a los avances logrados, sin duda sustantivos, en la mitad de las entidades del país el aborto sigue siendo un delito y el acceso a servicios legales y seguros es limitado aún en casos de violación o de riesgo para la salud de la mujer. Las mujeres pobres y socialmente vulnerables suelen abortar de manera clandestina e insegura aun a riesgo de su vida; muchas continúan sus embarazos y asumen la maternidad, con gran frecuencia a edades tempranas, con costos y desventajas para ellas y sus hijos e hijas. Hoy en día, en todo el país e incluso en entidades con leyes liberales, muchas mujeres a quienes se niegan los servicios recurren hoy al aborto médico autogestionado con el acompañamiento solidario de grupos feministas que les ayudan a interrumpir sus embarazos no deseados en forma ilegal pero segura.

El aborto médico autogestionado con misoprostol es una práctica frecuente en muchos países.⁷ Dicha práctica ha sido recuperada por colectivos feministas para crear modelos exitosos de acompañamiento a mujeres que enfrentan barreras de acceso a servicios de aborto. Estos modelos han contribuido a evidenciar la seguridad y la efectividad del aborto médico, y cuestionado el supuesto bastante extendido de que los abortos practicados fuera de los servicios de salud y/o sin supervisión médica son *siempre* inseguros. Testimonios de activistas con amplia experiencia de trabajo en estos modelos indican que el aborto autogestionado y acompañado tiene altos niveles de aceptación por parte de las mujeres, ya que los embarazos se interrumpen en condiciones seguras, dignas y de privacidad (Larrea *et al.*, 2021;

Berro y Nandajiri, 2021; Veldhuis *et al.*, 2022; Burton, 2022; Martínez *et al.*, 2024).

Desde la década de 1990, en varios países latinoamericanos, incluido México, el amplio uso del misoprostol por las propias mujeres se ha asociado en el ámbito hospitalario con una menor incidencia de complicaciones graves y con menos muertes por abortos inseguros (Faúndes *et al.*, 1996; Ferrando, 2002; Billings, 2004; Miller *et al.*, 2005; Briozzo *et al.*, 2006; Zamberlin *et al.*, 2012; Schiavon y Troncoso, 2020).

Un trabajo publicado hace algunos años indica que en México las tasas de hospitalización y de mortalidad por aborto disminuyeron durante el período 2000-2016, pero que éstas diferían entre las entidades del país. Mientras a nivel nacional la tasa de mortalidad fue de 40.3 muertes por cada 100 mil abortos, en Baja California Sur fue de 7.9, en la Ciudad de México de 24.6, en Morelos de 37.9, en el Estado de México de 72.4, y en Guerrero de 83.3. Las autoras de este trabajo señalan que estas variaciones sugieren grados diversos de marginación social que impactan la mortalidad materna, así como diferencias en la inseguridad del aborto, en el acceso al misoprostol, a proveedores/as capacitados, y a servicios de atención postaborto; sugieren también diferencias en cuanto a la severidad del estigma sobre el aborto y respecto al temor a la persecución penal (Schiavon y Troncoso, 2020). Información oficial más reciente muestra que el *embarazo terminado en aborto* causó en 2018 la muerte innecesaria de 64 mujeres y representó la cuarta causa de mortalidad materna a nivel nacional (Secretaría de Salud, 2020).

⁷ El misoprostol, un medicamento originalmente registrado para tratar la úlcera gástrica, provoca contracciones uterinas y puede usarse solo o en combinación con la mifepristona para inducir abortos; en obstetricia se usa también para inducir el parto, tratar el aborto incompleto, y prevenir y tratar hemorragias postparto (ver: World Health Organization, 2022).

El Programa de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México

El Programa de ILE de la Ciudad de México es la referencia obligada para visualizar los retos que enfrentan los gobiernos de las entidades que desde 2019 han liberalizado sus leyes sobre el aborto. Este Programa, pionero en América Latina y el Caribe, ha mostrado los beneficios de una ley liberal que protege la vida, la salud y los derechos de las mujeres. Esta ley ha permitido cubrir una elevada y creciente demanda de servicios gratuitos o de muy bajo costo, y miles de mujeres han podido interrumpir sus embarazos sin la amenaza de ser penalmente sancionadas (Schiavon y González de León, 2017).

Entre abril de 2007 y marzo de 2024, el Programa de ILE de la Ciudad de México atendió a 273,723 mujeres; el 31.5% residía en otras entidades, lo que ilustra la necesidad insatisfecha de servicios de aborto legal y seguro en el resto del país. La mayoría de las ILE, 87%, se han practicado durante las primeras 9 semanas del embarazo en servicios ambulatorios, por personal médico capacitado y usando los métodos avalados por la OMS: aborto médico en 79.6% de los casos y aspiración endouterina en el 19.1%; el legrado uterino, un método potencialmente peligroso y no recomendado por la OMS, se ha usado sólo en el 1.3% de los casos (Gobierno de la Ciudad de México, 2024). La legalidad ha favorecido la capacitación de profesionales de la medicina en el uso de métodos seguros y eficaces para el aborto temprano y que realicen su práctica bajo el amparo de la ley; que la información sobre la existencia de servicios de ILE, públicos y privados, se difunda a través de los medios de comunicación masiva y las redes sociales; y que los sistemas de información en salud cuenten con datos más confia-

bles y oportunos sobre el aborto. La legalidad ha favorecido también el desarrollo de estudios que muestran el impacto positivo del Programa de ILE de la Ciudad de México y la pertinencia de extenderlo a todo el país (Schiavon y González de León, 2017).

A pesar de los beneficios de la despenalización del aborto en la Ciudad de México, la legislación vigente impone ciertas restricciones que impiden que el Programa de ILE cumpla cabalmente con las recomendaciones de la OMS en el sentido de eliminar barreras para el acceso universal y oportuno a los servicios públicos de aborto.⁸

El límite gestacional de 12 semanas —admitido en la mayoría de los países con leyes liberales sobre el aborto— es un importante obstáculo para muchas mujeres. Más allá de este límite gestacional, la ley vigente en la capital del país prevé causas excluyentes de responsabilidad penal para la ILE: violación sexual, inseminación artificial no consentida, riesgo para la salud y/o la vida de la mujer, y cuando el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas graves. El 87% de las ILE se han practicado durante las primeras 9 semanas del embarazo, pero la evidencia apoya la necesidad de ampliar el límite gestacional al segundo trimestre. Se ha documentado que las mujeres más pobres y con bajo nivel educativo, las más jóvenes, las que no han tenido hijos/as y quienes residen en otras entidades suelen llegar tarde a los servicios y no los reciben (Saavedra *et al.*, 2018; Schiavon y Troncoso, 2020). La situación de las menores de edad es particularmente preocupante, ya que al límite gestacional de 12 semanas la ley agrega el requisito de ser acompañadas por el pa-

⁸ Las disposiciones de la ley vigente en la Ciudad de México pueden verse en: Gobierno de la Ciudad de México, 2018 y 2021.

dre, la madre o un tutor legal.⁹ El grupo de edad entre los 11 y 17 años ha representado tan sólo un 6% de las usuarias desde que inició el Programa de ILE en 2007 (Gobierno de la Ciudad de México, 2024), lo cual puede atribuirse a esta restricción legal. Cabe señalar que la interrupción del embarazo implica mayores riesgos para la salud y la vida de las adolescentes, debido a que en general enfrentan más dificultades de acceso a los servicios de salud que las mujeres adultas; estas dificultades son aún mayores cuando se trata de la atención a un evento marcadamente estigmatizado como el aborto (De Bruyn y Packer, 2004; Collado *et al.*, 2008). La incidencia del embarazo a edades tempranas en México es elevada; si bien en los años recientes ha disminuido entre adolescentes de 15-19 años, ha aumentado entre niñas de 10-14 años (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2020). Negar el acceso a la ILE a niñas y adolescentes por llegar tarde a los servicios o porque no cuentan con el consentimiento de padres o tutores viola sus derechos y les expone a los riesgos del aborto inseguro.

Una barrera central para el acceso a servicios de aborto legal y seguro es la insuficiencia de personal capacitado. Esta insuficiencia se observa aún en países de ingresos altos donde las leyes sobre el aborto son liberales, pero es particularmente crítica en contextos donde la incidencia del aborto inseguro es alta y donde sólo personal médico está autorizado para ofrecer estos servicios (Singh *et al.*, 2018; Mainey *et al.*, 2020). La ley vigente en la Ciudad de México establece que la ILE sólo puede practicarse por personal médico, un gremio profesional en el que el estigma sobre el aborto es frecuente y en buena medida propiciado por la formación que recibe. El debate sobre el aborto

y el desarrollo de modelos y tecnologías para ofrecerlo de manera legal y segura no ha impactado la formación de los/las médicos en México, lo cual propicia o refuerza los estigmas y las objeciones de conciencia en un amplio sector de la comunidad médica (González de León y Billings, 2001; González de León *et al.*, 2008). Frente a la insuficiencia de personal médico se ha planteado la pertinencia de capacitar personal de enfermería para ofrecer servicios de aborto médico (Díaz *et al.*, 2015; Schiavon y Troncoso, 2020). Esta estrategia, recomendada por la OMS, ha sido adoptada en muchos países y ha mostrado que el personal de enfermería puede ofrecer servicios de aborto médico con niveles de seguridad, eficacia y aceptación tan altos como el personal médico (Berer, 2009; Singh *et al.*, 2018; Mainey *et al.*, 2020; World Health Organization, 2022).

El Programa de ILE ha tenido limitaciones de personal médico e infraestructura para ofrecer abortos quirúrgicos usando la aspiración endouterina. Por ello, los protocolos incorporaron desde el principio el aborto médico como una medida que ha permitido cubrir una alta y creciente demanda de servicios; inicialmente se utilizó el misoprostol solo y más tarde la combinación de mifepristona con misoprostol. El uso del aborto quirúrgico con aspiración endouterina se ha reservado para mujeres en quienes falla el aborto médico, para aquellas que rebasan las 9 semanas de embarazo y para residentes de otras entidades (Becker y Díaz, 2013; Schiavon y Troncoso, 2020). Pese a las ventajas que hasta hoy ha ofrecido el aborto médico para la operación del Programa de ILE, los protocolos vigentes impiden que las usuarias puedan elegir el método más adecuado a sus condiciones individuales. Garantizar la calidad de los servicios para la interrupción del embarazo implica, entre otros aspectos, que las mujeres puedan

⁹ Ver los requisitos para solicitar la ILE en: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/requisitos-interrupcion-legal-embarazo-df/>

elegir entre el aborto médico o el aborto quirúrgico; las mujeres deben contar con una consejería amplia que les brinde información completa y precisa sobre las características de ambos métodos para decidir de manera autónoma cuál es el más adecuado para ellas (Kapp y Lohr, 2020).

Comentarios finales

A casi dos décadas de la despenalización del aborto en la Ciudad de México, y frente a los cambios que ha habido y habrá en las políticas federales y en las leyes de otras entidades del país, es crucial instrumentar estrategias que garanticen el acceso amplio y oportuno a servicios de ILE con alta calidad para *todas* las mujeres que los necesitan. Estas estrategias suponen ampliar el límite gestacional para la ILE al segundo trimestre del embarazo; difundir información entre las mujeres más pobres y socialmente vulnerables para que lleguen a los servicios lo más tempranamente posible durante las primeras 12 semanas del embarazo; eliminar los requisitos que limitan el acceso de las menores; garantizar que las mujeres puedan elegir el método de ILE más adecuado a sus condiciones individuales; y ampliar el espectro de profesionales que ofrecen los servicios capacitando e incorporando personal de enfermería.

Los cambios ocurridos en México para modificar las políticas públicas y las leyes sobre el aborto son, sin duda, producto de los sólidos argumentos que han presentado durante décadas organizaciones del movimiento feminista y diversos agentes progresistas en espacios legislativos, ante las instancias de justicia, en la academia, en asociaciones médicas y en los medios de comunicación. Además, en los años recientes la *Marea Verde* ha favorecido el activismo de un gran número de mujeres jóvenes cuyas voces, entusiasmo, creatividad y solidaridad han contribuido en forma de-

cisiva a los procesos para modificar el panorama legal del aborto en México.

Cabe señalar, sin embargo, que el poder económico y político que ejercen los movimientos antiaborto que existen hoy alrededor del mundo es un elemento que no se puede subestimar. Los cambios pueden revertirse. Un ejemplo es lo que ocurrió recientemente en Estados Unidos, donde el derecho constitucional al aborto, reconocido en 1972, fue derogado por la corte suprema de ese país en 2022; y en Argentina, donde el aborto es legal y gratuito desde 2020, el poder ejecutivo ha amenazado reiteradamente con derogar la ley vigente y prohibir el aborto bajo cualquier circunstancia. Más aún, en el contexto actual de México la ley que despenalizó el aborto en Aguascalientes en 2023, a partir de una sentencia de la SCJN, ha sido impugnada y el congreso de esa entidad ha presentado una nueva reforma que propone reducir el límite gestacional para el aborto legal a las 6 semanas de embarazo.¹⁰

En la mitad de las entidades del país el aborto sigue siendo un delito y la reforma al Código Penal Federal para lograr la despenalización del aborto a nivel nacional sigue pendiente en el Congreso de la Unión. Cabe esperar que el proceso para aprobar esa reforma será largo y difícil, en tanto será impugnada por los sectores sociales más conservadores: los grupos Provida, las iglesias católica y cristianas, el Partido Acción Nacional, entre otros. Por lo tanto, corresponderá a la nueva administración federal, encabezada por primera vez por una mujer, defender y reforzar lo que se ha logrado y allanar el camino para que el aborto legal, seguro y gratuito sea un derecho real y ejercible para las mujeres de todo el país.

¹⁰ Ver: <https://gire.org.mx/blog/ni-un-paso-atras-aguascalientes/> y <https://lacaderadeeva.com/entrevistas/en-aguascalientes-se-reduce-el-plazo-para-abortar-a-seis-semanas/11061>

Referencias bibliográficas

- BECKER, D. y DÍAZ, C. (2013), “Decriminalization of abortion in Mexico City: the effects on women’s reproductive rights”, *American Journal of Public Health*, Vol. 103, Núm. 4, pp. 590-593.
- BENSON, J., ANDERSEN, K. y SAMANDARI, G. (2011), “Reductions in abortion-related mortality following policy reform: Evidence from Romania, South Africa and Bangladesh”, *Reproductive Health*, Vol. 8, Núm. 39.
- BERER, M. (2009), “Provision of abortion by mid-level providers: international policy, practice and perspectives”, *Bulletin of the World Health Organization*, Núm. 87, pp. 58-63.
- BERRO, L. y NANDAJIRI, R. (2021), “Self-managed abortion: a consultation of actors, a cacophony of laws?”, *Sexual and Reproductive Health Matters*, Vol. 29, Núm. 1, pp.1-8.
- BILLINGS, D.L., MORENO, C., RAMOS, C., GONZÁLEZ DE LEÓN, D., RAMÍREZ, R., VILLASEÑOR, L. y ROVERA, M. (2002), “Constructing access to legal abortion services in Mexico City”, *Reproductive Health Matters*, Vol. 10, Núm. 19, pp. 86-94.
- BILLINGS, D.L. (2004), “Misoprostol alone for early medical abortion in a Latin American clinic setting”, *Reproductive Health Matters*, Vol. 12, Sup. 24, pp. 27-38.
- BRIOZZO, L., VIDIELLA, G., RODRÍGUEZ, F., GORGOROSO, M., FAÚNDES, A. y PONS, E.J. (2006), “A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Núm. 95, pp. 221-226.
- BURTON, J. (2022), “Acompañar abortos en Paraná. Reflexiones sobre el activismo feminista en Argentina”, *Mora (Buenos Aires)*, Núm. 28, pp. 81-96.
- CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN. (1931), *Código Penal Federal*. Distrito Federal, México: Diario Oficial de la Federación, 14 de agosto.
- COLLADO, M.E., ALVA, R., VILLA, L., LÓPEZ, E., GONZÁLEZ DE LEÓN, D. y SCHIAVON, R. (2008), “Embarazo no deseado y aborto en adolescentes: un reto y una responsabilidad colectiva”, *Género y Salud en Cifras*, Vol. 6, Núm. 2, pp. 17-30.
- DE BRUYN, M. y PACKER, S. (2004), *Adolescents, unwanted pregnancy and abortion. Policies, counseling and clinical care*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2004.
- DEL CID, J. (2024), “El régimen de género y las restricciones a los derechos reproductivos de las mujeres en México”. En: González, M.P., Sotelo, A. y Enríquez, L. (Coords). *Derechos reproductivos: reflexiones interdisciplinarias*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México y Bonilla Artigas Editores, 171-201.
- DÍAZ, C., GANATRA, B., SORHAINDO, A., KARVER, T.S., SEUC, A., VILLALOBOS, A., GARCÍA, S.G., PÉREZ, M., BOUSIEGUEZ, M. y SANHUEZA, P. (2015), “Nurse versus physician-provision of early medical abortion in México: a randomized controlled non-inferiority trial”, *Bulletin of World Health Organization*, Vol. 93, pp. 249-258.
- FAÚNDES, A., SANTOS, L.C., CARVALHO, M. y GRÃS, C. (1996), “Post-abortion complications after interruption of pregnancy with misoprostol”, *Advances in Contraception*, Vol. 12, Núm. 1, pp. 1-9.
- FERRANDO, D. (2002), *Clandestine abortion in Peru: Facts and figures*. Lima: Centro de la Mujer Peruana / Pathfinder International.
- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2020), *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en México*. Ciudad de México: UNFPA México.

- GANATRA, B. y ELUL, B. (2003), “Legal but not always safe: three decades of a liberal abortion policy in India”, *Gaceta Médica de México*, Vol. 139, Sup. 1), pp. 103-108.
- GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO (2018), “Aviso por el cual se da a conocer la actualización de los lineamientos generales de la organización y operación de los servicios para la interrupción del embarazo en la Ciudad de México”, Ciudad de México: *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, 25 de abril, pp. 3-11.
- GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO (2021), “Decreto por el que se abroga la Ley de Salud del Distrito Federal, se expide la Ley de Salud de la Ciudad de México y se aprueba la observación al decreto por el que se abroga la Ley de Salud del Distrito Federal y se expide la Ley de Salud de la Ciudad de México, enviada por la titular de la jefatura de gobierno”. Ciudad de México: *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, 9 de agosto, pp. 37-38.
- GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO (2024), *Interrupción legal del embarazo (ILE). Estadísticas abril 2007-31 de marzo 2024*. Ciudad de México: SEDESA.
- GONZÁLEZ DE LEÓN, D. y BILLINGS, D.L. (2001), “Attitudes towards abortion among medical trainees in Mexico City public hospitals”, *Gender and Development*, Vol. 9 Núm. 2, pp. 87-94.
- GONZÁLEZ DE LEÓN, D., BILLINGS, D.L. y RAMÍREZ, R. (2008), “El aborto y la educación médica en México”, *Salud Pública de México*, Vol. 50, Núm. 3, pp. 258-267.
- GRIMES, D.A., BENSON, J., SINGH, S., ROMERO, M., GANATRA, B., OKONOFUA, F.E. y SHAH, I.H. (2006), “Unsafe abortion: The preventable pandemic”, *Lancet*, Núm. 368, pp. 1908-1919.
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA (2008), *El proceso de despenalización del aborto en la Ciudad de México*. Serie Temas para el Debate Núm. 7. Distrito Federal, México: GIRE.
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA (2018), *Maternidad o castigo. La criminalización del aborto en México*. Ciudad de México: GIRE.
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA (2021), *El camino hacia la justicia reproductiva: una década de avances. 2010-2021*. Ciudad de México: GIRE.
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA (2024), *Paso a paso: las sentencias de la Corte sobre el aborto*. Ciudad de México: GIRE.
- KAPP, N. y LOHR, P.A. (2020), “Modern methods to induce abortion: safety, efficacy and choice”, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology*,
- LARREA, S., PALENCIA, L. y BORRELL, C. (2021), “Medical abortion provision and quality of care: what can be learned from feminist activists?”, *Health Care for Women International*, Vol. 45, Núm. 1, doi.org/10.1080/0399332.2021.19695/3
- LERMA, K. y BLUMENTHAL, P.D. (2020). “Current and potential methods for second trimester abortion”, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, Vol. 63, pp. 24-36.
- MARTÍNEZ, A.M., ENRÍQUEZ, L., CRUZ, V., y FERNÁNDEZ, M.P. (2024), *Las Libres. En los escenarios sociales de la resistencia*. Ciudad de Guanajuato: Centro Las Libres de Información en Salud Sexual. Disponible en: laslibres.org.mx
- MAINEY, L., O’MULLAN, C., HONS, B.A., REID-SEARL, K., TAYLOR, A. y BAIRD, K. (2020), “The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: A scoping review”, *Journal of Clinical Nursing*, Núm. 29, 1-14. DOI: 10.1111/jocn.15218.
- MILLER, S., LEHMAN, T., CAMPBELL, M., HAMMERLING, A., BRITO, S., RODRÍGUEZ, H.,

- VARGAS, W., CORDERO, M. y CALDERÓN, V. (2005), “Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: A temporal association”, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 112, Núm. 9, pp. 1291-1296.
- SAAVEDRA, B., SCHIAVON, R., SANHUEZA, P., RÍOS, R., GARCÍA y DARNEY, B.G. (2018), “Who presents past the gestational age limit for first trimester abortion in the public sector in Mexico City?”, *Plos One*, Vol. 13, Núm. 2: e0192547.
- SCHIAVON, R. y GONZÁLEZ DE LEÓN, D. (2017), “Avances y retos de los servicios de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México”, *Coyuntura Demográfica*, Núm. 11, pp. 47-53.
- SCHIAVON, R. y TRONCOSO, E. (2020), “Inequalities in access to and quality of abortion services in Mexico: Can task-sharing be an opportunity to increase legal and safe abortion care?”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Núm. 150 (Supl. 1), pp. 25-33.
- SECRETARÍA DE SALUD (2020), *Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la notificación inmediata de muertes maternas*. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología.
- SECRETARÍA DE SALUD (2021a), *Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México*. México: Secretaría de Salud / Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud / Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- SECRETARÍA DE SALUD (2021b), *Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024*. México: Secretaría de Salud / Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud / Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- SECRETARÍA DE SALUD (2022), *Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México*. México: Secretaría de Salud / Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud / Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2ª edición.
- SEDGH, G., SINGH, S., SHAH, I.H., AHMAN, E., HENSHAW, S.K. y BANKOLE, A. (2012), “Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008”, *Lancet*, Núm. 379, pp. 625-632.
- SINGH, S., REMEZ, L., SEDGH, G., KWOK, L. y ONDA, T. (2018), *Abortion worldwide 2017. Uneven progress and unequal access*. New York: Guttmacher Institute.
- SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (2021), “Suprema Corte declara inconstitucional la criminalización del aborto”, Ciudad de México: SCJN, Comunicado de Prensa Núm. 271/2021, 7 de septiembre.
- SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (2023), “El sistema jurídico que regula el delito de aborto en el Código Penal Federal es inconstitucional por ser contrario al derecho a decidir de las mujeres y de las personas con capacidad de gestar”, Ciudad de México: SCJN, Comunicado de Prensa Núm. 314/2023, 6 de septiembre.
- VELDHUIS, S., SÁNCHEZ, G. y DARNEY, B.G. (2022), “Sigue siendo un sistema precario. Barreras de acceso a abortos clínicos: la experiencia de acompañantes en tres regiones mexicanas”, *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA*, Vol. 38, Núm. 4: e00124221.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2022), *Abortion care guideline*. Geneva: WHO.
- ZAMBERLIN, N., ROMERO, M. y RAMOS, S. (2012), “Latin American women’s experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted”. *Reproductive Health*, Vol. 9, Núm. 34.