

Preguntas y mitos sobre el aborto





Preguntas y mitos sobre el aborto

Introducción	_5
PREGUNTAS	
¿Qué es el aborto?	_6
¿Cuál es la diferencia entre aborto clandestino y aborto inseguro?	_8
¿Qué es el aborto autogestionado?	_9
¿Cómo debe practicarse un aborto?	_12
¿Cuál ha sido la evolución del aborto en México?	_14
¿Qué contempla el marco normativo del aborto en México?	_22
¿Funcionó el régimen de causales y plazos a nivel nacional?	_26
¿La despenalización del aborto depende de la opinión pública?	_27

MITOS

Es falso que con la despenalización parcial se termina la criminalización _30

Es falso que solo algunas razones son válidas para abortar _34

Es falso que las constituciones locales que protegen la vida desde la concepción impiden la despenalización del aborto _38

Es falso que con la despenalización se multiplicarían los abortos _42

LA SCJN Y LA DESMITIFICACIÓN DEL ABORTO

Es falso que para acceder al aborto cuando el embarazo es consecuencia de una violación se debe presentar una denuncia _44

Es falso que las solicitudes de aborto deben ser examinadas y aprobadas por el comité de bioética de los hospitales _46

Es falso que un embarazo causado por violencia sexual solo se puede interrumpir durante los primeros noventa días de gestación _48

Es falso que el personal de salud puede invocar la objeción de conciencia para evitar que las mujeres y otras personas gestantes aborten _52

Es falso que cuando la SCJN declaró inconstitucional el delito de aborto en Coahuila, despenalizó el aborto a nivel nacional _54



Introducción

En todo el mundo existen dudas y mitos en torno al aborto que obstaculizan que se reconozca, respete y garantice como parte del derecho a la salud,¹ lo que también dificulta que exista un acceso efectivo a la información sobre el tema y a servicios públicos seguros, de calidad y libres de discriminación.

Además, la desinformación en materia de aborto repercute en la percepción social sobre su discusión y no contribuye a su reconocimiento como un derecho y a que deje de ser considerado un delito. Esta situación provoca que, cuando las mujeres y otras personas con capacidad de gestar se encuentran embarazadas sin desearlo, no logren acceder fácilmente a servicios de aborto seguro y de calidad, acordes con los más recientes avances científicos.

De ahí la importancia de difundir información objetiva y basada en evidencia científica para disipar las confusiones sobre el tema del aborto y los obstáculos que existen para acceder a ese servicio de salud. Para ello, a continuación, damos respuesta a algunas de las preguntas más frecuentes y desmontamos algunos de los mitos más comunes.

Preguntas

¿Qué es el aborto?

El aborto es la interrupción del embarazo, ya sea de forma espontánea (sin que medie ninguna intervención o maniobra abortiva) o inducida² (pérdida intencionada de un embarazo intrauterino mediante un procedimiento médico o quirúrgico). Se trata de un procedimiento médico que forma parte del derecho a la salud de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha catalogado su atención integral como un servicio de salud esencial.³

El acceso al aborto legal, seguro y gratuito es un tema de salud pública y justicia social. Todas las mujeres y personas gestantes deben poder acceder a ese servicio, incluso si existen factores como:

- **marginación económica,**
- **falta de acceso a información reproductiva y/o**
- **contextos de desigualdad social que puedan influir en la capacidad de las personas para determinar sus proyectos de vida.**

Se trata de un procedimiento médico que forma parte del derecho a la salud de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar.



Se trata también de un tema de justicia reproductiva, en tanto implica reconocer los factores estructurales (sociales, políticos y económicos) que condicionan que las personas puedan tener control sobre su destino reproductivo.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, es necesario garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, incluidos los procedimientos de aborto para las mujeres y otras personas gestantes. Para que eso sea una realidad, el aborto debe dejar de regularse en los códigos penales e **incluirse únicamente en las regulaciones sanitarias y de política pública, de modo que se asegure el suministro de información sobre el tema y se publiquen los linea-**

mientos que garanticen su atención integral, segura y de calidad. Mientras eso no suceda, se pone en riesgo tanto la salud física de las mujeres y otras personas gestantes, como su bienestar social y psicológico.

El aborto es un evento que puede ocurrir en la vida reproductiva de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar. Por ello, los servicios de salud deben brindar atención oportuna y libre de discriminación a quienes deciden interrumpir un embarazo.

¿Cuál es la diferencia entre aborto clandestino y aborto inseguro?

El aborto clandestino no siempre es un aborto inseguro. Es clandestino cuando la interrupción del embarazo se realiza fuera o al margen de la ley. Por otro lado, el aborto inseguro, según la definición de la OMS, es “un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos”.⁴

La OMS calcula que, cada año, entre 4.7 y 13.2 por ciento de las muertes maternas son provocadas por abortos inseguros.⁵

Sin embargo, en un contexto prohibicionista, un aborto con medicamentos, debidamente asesorado y acompañado, puede ser clandestino sin ser inseguro, ya que no pone en riesgo la vida ni la salud de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

La distinción de los dos términos es importante, ya que al existir normas prohibicionistas y punitivas que criminalizan a las mujeres y otras personas gestantes que deciden abortar, el papel de las colectivas y acompañantes es fundamental en la práctica de abortos seguros, siempre que se realicen bajo protocolos avalados por la OMS. Esta organización también ha establecido que el riesgo de que un aborto seguro se complique es muy bajo (menos del 1 %), por lo que la posibilidad de que las mujeres y personas gestantes padezcan efectos en su salud a largo plazo, incluida la salud reproductiva, es mínima.⁶

¿Qué es el aborto autogestionado?

Es el que se realiza con medicamentos (mifepristona y misoprostol), sin la supervisión directa del personal de salud. La OMS ha señalado que la autogestión del aborto,⁷ cuando es accesible y asequible, es una solución para mejorar la salud y el bienestar de las personas usuarias de los servicios de salud. En nuestro país, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) emitió, en 2022, el Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México⁸ (Lineamiento), que describe las alternativas de tratamiento para el aborto a partir de los estándares de calidad establecidos por la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

La OMS también ha señalado que, en determinadas circunstancias, la gestión de la medicación (mifepristona y misoprostol) puede realizarse sin supervisión directa del personal de salud, siempre que las mujeres y otras personas gestantes cuenten con información precisa y tengan la posibilidad de acudir con proveedores de salud en cualquier momento del proceso.



La OMS ha señalado que la autogestión del aborto, cuando es accesible y asequible, es una solución para mejorar la salud y el bienestar de las personas usuarias de los servicios de salud.

El Lineamiento también considera que el aborto autogestionado es un procedimiento médico que respeta la privacidad de la persona usuaria, en cuanto que le permite tomar los medicamentos en el momento y sitio de su preferencia. Al tratarse de una alternativa segura y no invasiva, puede realizarse en el ámbito de la atención primaria ambulatoria. Los medicamentos recomendados y utilizados para este procedimiento (mifepristona y misoprostol) se pueden autoadministrar:



de manera segura y eficaz;



en los espacios en los que la persona usuaria se sienta cómoda;



con el acompañamiento de personas (acompañantes y colectivas) que cuenten con información precisa, basada en evidencia científica y libre de estigmas sobre el procedimiento; y



con acceso a personal de salud en cualquier momento del proceso, si se quiere o necesita de su apoyo.



¿Cómo debe practicarse un aborto?

Existen diferentes formas de atender, manejar y practicar un aborto dependiendo de las semanas de gestación. El Lineamiento señala que, hasta antes de las catorce semanas de gestación, el aborto puede practicarse con fármacos y por aspiración. Posterior a este periodo, recomienda la dilatación y evacuación en un entorno clínico supervisado. En el caso del **legrado instrumental**, el Lineamiento establece que, **por ser un método obsoleto e injustificado, se debe evitar**, dado que no solo implica mayores riesgos y complicaciones para la salud de la persona usuaria, sino que es más costoso para el sistema de salud (requiere de un ambiente quirúrgico y de un manejo anestésico especializado).



El Lineamiento especifica que, durante el **primer trimestre de gestación**, el aborto puede autogestionarse de manera segura de las siguientes formas:

Tipo de régimen farmacológico	¿Hasta qué semana de gestación es recomendable??	Ventajas del régimen combinado sobre el régimen farmacológico solo con misoprostol
Régimen farmacológico combinado (mifepristona + misoprostol) o régimen farmacológico solo con misoprostol	<p>Hasta las diez semanas de gestación se puede llevar a cabo de manera ambulatoria (es decir, completamente autogestionado). Se debe orientar a la usuaria sobre los signos de alarma y sobre qué hacer si se presentan.</p> <p>Se puede realizar el aborto de forma ambulatoria hasta las doce semanas de gestación si se cuenta con el seguimiento de un prestador de servicios de salud (se recomienda tomar la mifepristona en la unidad de salud y el misoprostol en el domicilio).</p>	<p>El régimen combinado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tiene menos riesgo de falla terapéutica (a menor edad gestacional), - es menos doloroso y - es más rápido.

Para el manejo del aborto durante el **segundo trimestre de gestación**, el Lineamiento recomienda que **la atención sea al interior de una unidad de salud, bajo la supervisión de personal de salud disponible y capacitado.**

¿Cuál ha sido la evolución del aborto en México?

Si bien el debate por la despenalización del aborto en México comenzó en 1936 (después de la expedición del Código Penal en 1931), a casi noventa años de que iniciaron las exigencias feministas para que fuera una realidad, el avance en materia legal y de políticas públicas aún es insuficiente. Actualmente, dos tercios de las entidades federativas han despenalizado el aborto (al menos) durante un periodo cercano al inicio de la gestación.



El aborto en los códigos penales de México

El siguiente mapa presenta los códigos penales donde el aborto está despenalizado y donde continúa penalizado



Baja California, 2021 12.6 semanas	Coahuila, 2021 Sin límite de tiempo	Michoacán, 2024 Sin límite de tiempo	Sinaloa, 2022 13.6 semanas
Baja California Sur, 2022 12.6 semanas	Colima, 2021 12.6 semanas	Nayarit, 2025 12.6 semanas	Tabasco, 2025 12.6 semanas
Campeche, 2025 12.6 semanas	Estado de México, 2024 12.6 semanas	Oaxaca, 2019 12.6 semanas	Veracruz, 2021 12.6 semanas
Chiapas, 2024 12.6 semanas	Guerrero, 2022 Sin límite de tiempo	Puebla, 2024 12.6 semanas	Yucatán, 2025 12.6 semanas
Chihuahua, 2025 Sin límite de tiempo	Hidalgo, 2021 12.6 semanas	Quintana Roo, 2022 12.6 semanas	Zacatecas, 2024 12.6 semanas
Ciudad de México, 2007 12.6 semanas	Jalisco, 2024 12.6 semanas	San Luis Potosí, 2024 12.6 semanas	

* En el caso de Aguascalientes, en agosto de 2023 la SCJN resolvió el AR 79/2023 y ordenó derogar el delito de aborto autoprocurado. En diciembre de 2023 se dio cumplimiento a esta resolución y se despenalizó el aborto hasta la semana 12.6. Sin embargo, en agosto de 2024, de manera desafortunada, el Congreso local votó por reducir la despenalización a solo seis semanas; lo cual, en realidad, se trata de una prohibición disfrazada.

Mapa: Grupo de información en reproducción elegida (GIRE). Información actualizada a agosto de 2025.

Es destacable e histórico que Guerrero haya sido la primera entidad que despenalizó el aborto de manera absoluta para las mujeres y otras personas gestantes, sin embargo, esta entidad penaliza la práctica después de la décima segunda semana de gestación para quienes asisten con el procedimiento. Michoacán adoptó el mismo esquema en su Código Penal el 10 de octubre de 2024. Sinaloa, por su parte, es la única entidad que lo ha despenalizado hasta la semana trece de gestación.

Desde el 2022, GIRE, de la mano de otras organizaciones locales de la sociedad civil, comenzó una estrategia para presentar amparos en contra de los códigos penales de las entidades federativas en las que el aborto aún estaba criminalizado de forma absoluta.

En Aguascalientes, la despenalización por vía judicial fue producto de un amparo interpuesto por CECADDEC, TERFU A. C., Cultivando Género A. C., Morras Help Morras y GIRE. Al resolver el amparo, en agosto de 2023, la Primera Sala de la SCJN determinó que las porciones normativas que criminalizaban el aborto consentido y autoprocurado en la entidad eran inconstitucionales. En temas de justicia reproductiva, la victoria en Aguascalientes tuvo una relevancia particular, ya que fue la primera vez que los efectos de un amparo presentado por organizaciones de la sociedad civil fueron de carácter general. En este caso, benefició a todas las mujeres y personas con capacidad de gestar que habitaban en la entidad. El 14 de diciembre del 2023, el Congreso local aprobó la despenalización del aborto hasta la semana doce de gestación.

Sin embargo, en agosto de 2024, de manera desafortunada, el Congreso de Aguascalientes redujo el plazo para abortar voluntariamente a solo seis semanas, lo que significó un retroceso en materia de derechos humanos y derechos reproductivos. Esta reducción en

realidad es una prohibición disfrazada, ya que para la mayoría de las personas ese periodo no es suficiente para darse cuenta de que están embarazadas. Además, es una limitación que contradice lo que ha determinado la Corte con anterioridad en relación con que el plazo mínimo razonable para despenalizar el aborto voluntario es de doce semanas de gestación. Sumado a ello, existen recomendaciones de la OMS que desalientan las restricciones basadas en tiempos gestacionales debido a que carecen de fundamento científico. Así, reducir a seis semanas el plazo para abortar es un obstáculo para acceder al servicio, puesto que resulta prácticamente imposible de cumplir para la mayoría de las personas.

A nivel federal, GIRE presentó un amparo en contra del Congreso de la Unión y el Ejecutivo Federal por haber emitido una regulación en el Código Penal Federal que criminalizaba el aborto. Al resolver el caso, en septiembre de 2023, la Primera Sala de la SCJN determinó, por unanimidad de votos, que los artículos del Código Penal Federal que criminalizan el aborto son inconstitucionales, de

modo que ordenó al Congreso de la Unión derogar el delito de aborto a nivel federal. Con esta resolución, ninguna mujer o persona gestante podrá ser criminalizada por abortar, y lo mismo aplica para el personal de salud o la persona que la asista. Además, las instituciones de salud federales, como el IMSS y el ISSSTE, deberán brindar el servicio de aborto cuan-



do les sea solicitado. A la fecha de publicación de este documento, la reforma en el Congreso sigue pendiente.

Desde 2024, se alcanzaron otros logros a partir de la estrategia jurídica nacional impulsada por GIRE. Tribunales colegiados de Jalisco, Nayarit, Zacatecas (en 2024) y Durango (en 2025) declararon, por unanimidad, que son inconstitucionales los artículos que prohíben de forma absoluta el aborto voluntario en los códigos penales de las respectivas entidades; además, ordenaron a los congresos locales derogar el delito de aborto autoprocurado y consentido. Estas decisiones son históricas, pues se trata de las primeras sentencias definitivas de tribunales colegiados en este sentido. Por otro lado, en Yucatán, la Corte reiteró los criterios de sentencias anteriores y ordenó al Congreso local derogar los artículos del Código Penal de la entidad que criminalizan de manera absoluta el aborto autoprocurado y consentido. Un Juzgado de Distrito en Morelos emitió una sentencia en el mismo sentido. En cumplimiento de estas resoluciones, Jalisco y Zacatecas despenalizaron el aborto hasta las 12.6 semanas de gestación en 2024; Nayarit y Yucatán lo hicieron en 2025. Los congresos de Morelos y Durango aún tienen pendiente dar cumplimiento a lo ordenado.

El 30 de enero de 2025, por medio de la Declaratoria General de Inconstitucionalidad 01/2024, la Corte declaró la invalidez, con efectos generales, de los artículos que establecían la prohibición absoluta del aborto en el Código Penal de Chihuahua, por lo que ya no se puede penalizar a las usuarias del servicio ni a quienes las asisten en ese estado. Además, como parte de la estrategia jurídica nacional de GIRE, en abril de 2025 un Tribunal Colegiado en Tabasco resolvió un amparo en revisión y ordenó al Congreso local derogar los artículos que criminalizan de forma absoluta el aborto en esa entidad. Hasta agosto de 2025, el cumplimiento de esta sentencia sigue pendiente.

Por otra parte, algunas entidades, además de reformar sus códigos penales, también han reformado su ley de salud para añadir el servicio de interrupción legal del embarazo, es el caso de Baja California, Baja California Sur, Ciudad de México, Colima, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí, Sinaloa, Michoacán y Zacatecas —a la fecha de la última actualización de este documento, Zacatecas no ha publicado el decreto de la reforma en su Periódico Oficial—. Otras entidades han creado políticas públicas relacionadas con el acceso al aborto seguro: Ciudad de México, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Oaxaca y Veracruz. Estas reformas sanitarias contribuyen a garantizar que todas las mujeres y personas gestantes tengan acceso a información y servicios de aborto seguros, de calidad e integrales en el momento en el que los soliciten.

Además, el 23 de enero de 2025, el Diario Oficial de la Federación publicó el Acuerdo del Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que garantiza la aplicación del procedimiento para la interrupción legal del embarazo (ILE). El ISSSTE es la tercera institución en relevancia en materia de prestación de servicios de salud en el país —detrás del IMSS y el IMSS-Bienestar, en función de la cantidad de personas a las que atiende— y ahora garantizará el acceso al aborto voluntario a cualquier persona derechohabiente que solicite sus servicios, sin importar los motivos por los cuales decida abortar, siguiendo la normativa de cada entidad.



Por su parte, el 25 de febrero de 2025, la Corte resolvió una contradicción de criterios en materia de servicios de aborto seguro. Para hacerlo, debía determinar si corresponde o no al Estado garantizar los servicios de aborto como parte del derecho a la salud. Tras analizar el asunto, la Corte señaló que el acceso al derecho a la salud es indispensable para decidir sobre la vida reproductiva, por lo que debe protegerse sin discriminación y garantizar que todas las personas tengan acceso al mismo. Por ello, en línea con lo que ya se había señalado en la sentencia de Coahuila, reiteró la obligación de las autoridades locales del sector salud de implementar, difundir y organizar los servicios de salud para garantizar el acceso al aborto voluntario.

En conclusión, las regulaciones que despenalizan el aborto de forma parcial (durante un plazo de semanas de gestación y/o con causales específicas) pueden resultar confusas para el personal de salud que, en muchas ocasiones, en lugar de prestar asistencia médica inmediata a las mujeres y otras personas gestantes que sufren complicaciones relacionadas con un aborto, las denuncian.



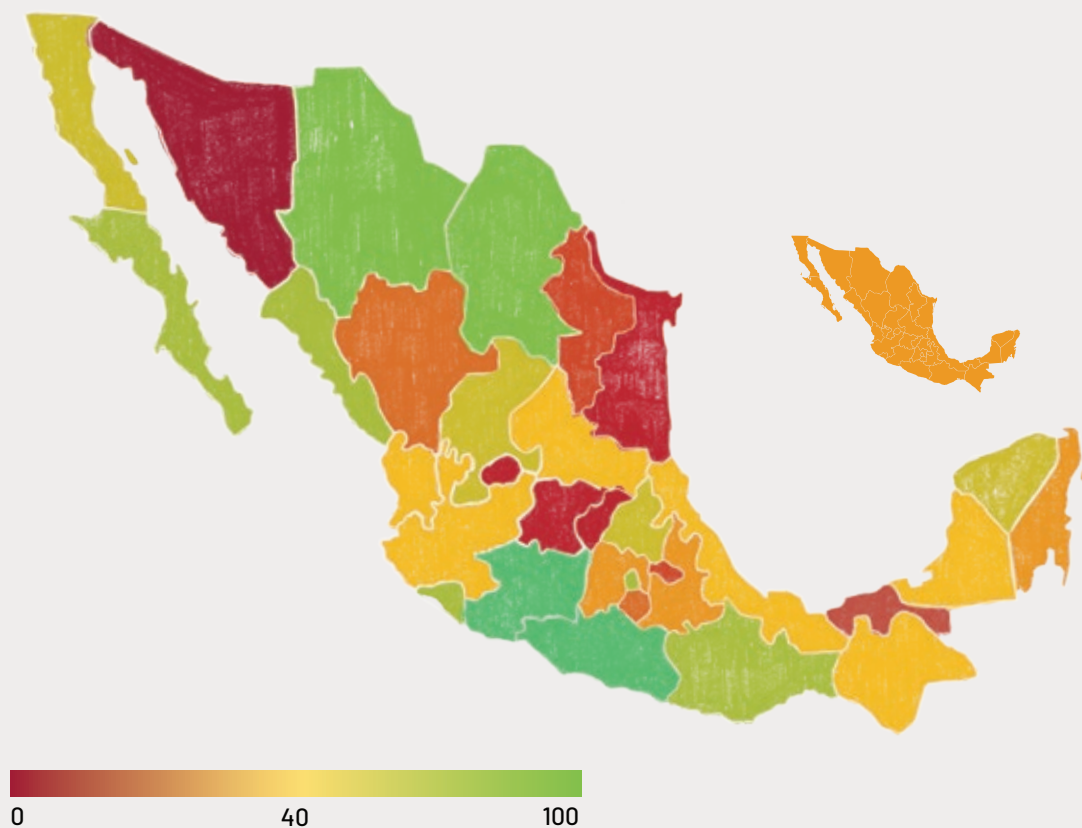
Además, la despenalización parcial del aborto no contribuye a que sea reconocido como un tema de salud pública y, por tanto, no se atienden las fallas estructurales que limitan su acceso (carencia de presupuesto, poca disponibilidad de medicamentos, falta de personal de salud disponible y capacitado, entre otras).

¿Qué contempla el marco normativo del aborto en México?

Para garantizar el acceso libre, seguro y gratuito al aborto, este servicio debe incluirse en la regulación sanitaria. Asimismo, es necesario crear políticas públicas que lo garanticen (como el programa de interrupción legal del embarazo —ILE— de la Ciudad de México, el Programa Estatal de Aborto Seguro de Guerrero, el Protocolo de Interrupción Legal del Embarazo en Jalisco, el Decreto por el que se establecen los Servicios de Aborto Seguro en las Instituciones Públicas del Sistema Estatal de Salud en el Estado de Michoacán de Ocampo, los Lineamientos Generales de Organización y Operación para la Prestación de Servicios de Interrupción del Embarazo en Oaxaca y el Programa de Aborto Seguro para el Estado de Veracruz) y despenalizarlo de forma total en el ámbito penal.

GIRE diseñó un semáforo normativo del aborto en México, que es una herramienta cuantitativa que permite **evaluar el marco normativo que regula el aborto** en las 32 entidades federativas y a nivel federal. El semáforo identifica si existen políticas públicas en materia de aborto voluntario, reformas a la regulación sanitaria y si está despenalizado en cada código penal (es decir, si no hay sanciones para las personas que abortan ni para el personal médico que lo asiste o practica). Además, considera si en los códigos penales existen causales de exclusión de responsabilidad o de no punibilidad que faciliten el acceso al servicio. **Es decir, se trata de una evaluación que no incluye la accesibilidad y disponibilidad del aborto en cada caso.**

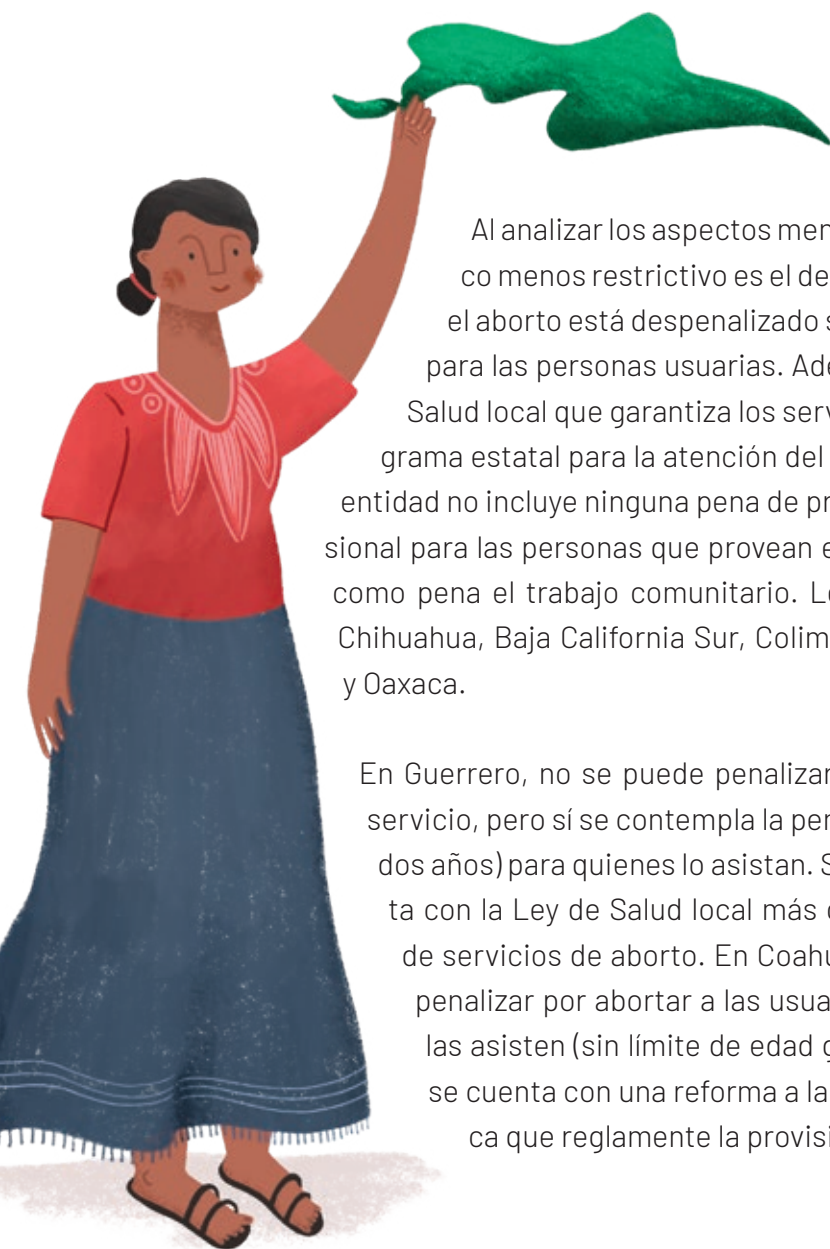
Semáforo normativo del aborto en México



Para asignar el puntaje federal y el de Coahuila, Nayarit, Zacatecas y Yucatán se tomaron en cuenta las resoluciones tanto de la SCJN como de los tribunales colegiados de cada entidad.

Mapa: GIRE • Fuente: Revisión legislativa a agosto de 2025

*Para conocer la posición de cada entidad, visita: <https://abortomexico.gire.org.mx/preguntas-mitos/que-contempla-el-marco-normativo-del-aborto-en-mexico/>



Al analizar los aspectos mencionados, resalta que el marco menos restrictivo es el de Michoacán, entidad en la que el aborto está despenalizado sin límite de edad gestacional para las personas usuarias. Además, cuenta con una Ley de Salud local que garantiza los servicios de aborto y con un programa estatal para la atención del aborto seguro. A su vez, esta entidad no incluye ninguna pena de prisión ni de suspensión profesional para las personas que provean el servicio, pero sí contempla como pena el trabajo comunitario. Le siguen Guerrero, Coahuila, Chihuahua, Baja California Sur, Colima, Sinaloa, Ciudad de México y Oaxaca.

En Guerrero, no se puede penalizar a las personas usuarias del servicio, pero sí se contempla la pena de prisión (de seis meses a dos años) para quienes lo asistan. Sin embargo, la entidad cuenta con la Ley de Salud local más garantista para la prestación de servicios de aborto. En Coahuila y Chihuahua no se puede penalizar por abortar a las usuarias del servicio ni a quienes las asisten (sin límite de edad gestacional), sin embargo, no se cuenta con una reforma a la Ley de Salud o política pública que reglamente la provisión del servicio.

En Baja California Sur, Ciudad de México y Colima el aborto está despenalizado hasta la semana 12.6 de gestación y en el caso de Sinaloa, hasta la semana 13.6; después de ese período, sus códigos penales contemplan causales para acceder al aborto (por ejemplo, que debe practicarse en los casos en que una autoridad lo ha negado sin justificación, como es el caso de Baja California Sur y Colima). Además, estas entidades reformaron su ley de salud local para incluir la interrupción legal del embarazo como un servicio de salud. Baja California Sur obtiene el mayor puntaje de las cuatro, dado que eliminó de su Código Penal las penas privativas de la libertad y de suspensión profesional para el personal que auxilia los abortos en la entidad. La Ciudad de México y Oaxaca empatan en el octavo lugar dado que, además de contar con una reforma a la ley de salud local, emitieron un programa público local que reglamenta la provisión del aborto.¹⁰ Es importante reiterar que, para tener acceso a un aborto seguro y de calidad, **es indispensable que la despenalización total esté acompañada por una política pública sanitaria.**

En contraste, Sonora es la entidad federativa con el marco normativo más restrictivo en México a la fecha de actualización de este documento. Además de penalizar el aborto de manera absoluta, no cuenta con la causal de salud ni con la de negación por parte de una autoridad. A su vez, la pena máxima de prisión que establece su Código Penal para las mujeres y personas gestantes que interrumpan sus embarazos y no cumplan con los supuestos previstos por la normativa local es la más alta del país: seis años.

¿Funcionó el régimen de causales y plazos a nivel nacional?

Si bien en un principio el régimen de causales permitió impulsar el acceso al aborto, se trata de un marco normativo restrictivo que aún lo contempla como delito, de modo que las mujeres y otras personas gestantes solo pueden ejercer su autonomía reproductiva bajo ciertos supuestos. Además, genera confusiones sobre cuándo sí es posible abortar, lo que ha contribuido tanto al miedo a la criminalización como a la negación del servicio. Por otro lado, las leyes que prohíben o criminalizan el aborto a partir de límites de edad gestacional también son una barrera para el ejercicio de los derechos reproductivos. Regular el aborto únicamente en la normativa sanitaria (y no en la penal) facilitaría una atención oportuna, de calidad, respetuosa, no discriminatoria, con información basada en evidencia científica y libre de estigmas.

La OMS ha recomendado abandonar por completo el uso del derecho penal para regular el aborto. Dado que se

trata de un procedimiento médico amparado por el derecho a la salud, no debería regularse en los códigos penales. Así, además de evitar la promulgación de leyes y reglamentos que limiten su acceso, se lograría que fuera un servicio asequible a demanda de la mujer o persona embarazada.

Por otro lado, la OMS también ha establecido que los límites gestacionales para denegar la interrupción del embarazo no tienen fundamento científico. De este modo, despenalizar de forma total el aborto implica también que a las mujeres y otras personas gestantes que deciden interrumpir su embarazo no se les apliquen otros delitos punibles, tales como el homicidio en razón de parentesco o infanticidio. Dejar fuera al derecho penal garantiza que no se sancione a quienes proporcionen información, asistan en el aborto o lo practiquen y, además, que no se criminalice por la sospecha de haber intentado abortar a quien haya sufrido un aborto espontáneo.

¿La despenalización del aborto depende de la opinión pública?

El reconocimiento y la protección de los derechos humanos no son concesiones por parte del Estado, así que no deben someterse a consultas públicas. No es necesario que exista consenso al respecto ni son cuestiones que puedan anularse por la voluntad de una mayoría. Las normas públicas, obtenidas por vía democrática, deben atender a las necesidades de la población, pero eso no incluye el reconocimiento jurídico de paradigmas sociales que vulneren derechos humanos. A pesar de no necesitar de un consenso mayoritario, actualmente la percepción sobre el aborto en México es favorable y ello ha contribuido a que más entidades se sumen a la despenalización.

La percepción de la ciudadanía sobre el tema se ha transformado de forma notable.¹¹ Mientras que en marzo de 2007 (un mes antes de la despenalización del aborto en la Ciudad de México) 65.8 por ciento de las personas en el país consideraba que el aborto debería ser considerado un delito, en octubre de 2019 (posterior a la despenalización en Oaxaca) esa opinión se redujo a 38.4 por ciento y aún más en julio de 2022, llegando a 28.1 por ciento. Además, 6 de cada 10 personas están en desacuerdo con que se castigue a las mujeres que se practican un aborto, **8 de cada 10 están a favor de leyes que permitan el aborto en alguno o en todos los casos** (81 % de personas católicas, 64 % de personas evangélicas y 97 % sin filiación religiosa se posicionan a favor), y **3 de cada 4 personas coinciden en que la legalidad del aborto tiene impactos positivos.**¹²

Lo anterior revela que la opinión pública sobre temas controvertidos, como el aborto, no es fija e inamovible, sino que depende, entre otras cosas, de los prejuicios que lo rodean, el manejo que se le da en los medios de comunicación y el acceso que existe a información y servicios de salud para practicar abortos de manera legal. Por tanto, la regulación sanitaria, en conjunto con la despenalización total del aborto, cumple una función crucial para garantizar que las mujeres y otras personas gestantes tengan acceso a servicios de salud, así como para promover la despenalización social que contribuye a eliminar el estigma en torno a esta práctica.



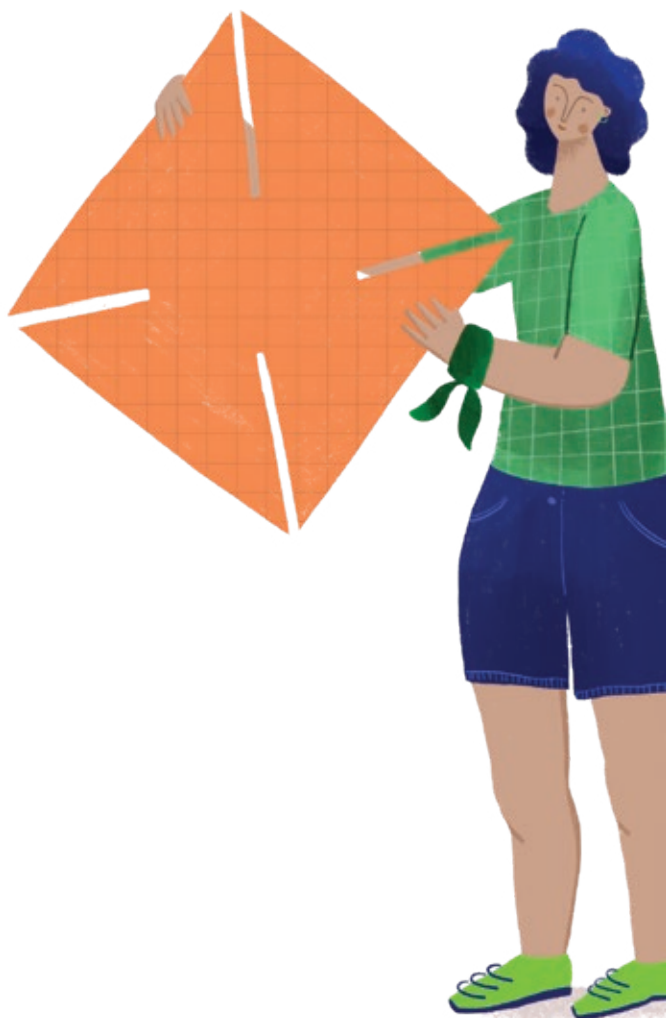
Mitos

Es falso que con la despenalización parcial se termina la criminalización

Aun con la despenalización parcial del aborto (bajo el régimen de causales y plazos), las personas que abortan y quienes las asisten siguen siendo denunciadas y estigmatizadas. La penalización de este servicio de salud ha implicado que se sigan abriendo carpetas de investigación contra las mujeres y otras personas con capacidad de gestar por una sospecha de aborto. Si bien esto no debe terminar en sentencias condenatorias, el estigma y el desgaste físico, económico y emocional de este proceso es en sí mismo una afectación para las personas investigadas y tiene repercusiones en su plan de vida.

En muchas ocasiones, las autoridades —tanto ministeriales como sanitarias—, al desconocer el marco normativo, impiden el acceso a servicios de aborto y denuncian a las mujeres y otras personas gestantes que deciden interrumpir su embarazo o tienen emergencias obstétricas. Ello implica que las denunciadas tengan que enfrentarse al sistema penal después de haber padecido la falta de acceso a servicios de aborto de calidad, así como de información precisa y oportuna, basada en evidencia científica y libre de estigmas y estereotipos —entre otras barreras al ejercicio de sus derechos humanos—.

Por ejemplo, a pesar de que en la Ciudad de México ya se había despenalizado el aborto voluntario hasta la semana doce de gestación, entre 2012 y 2020 esta entidad concentró el mayor número de denuncias (1028) por el delito de aborto en todo el país, lo cual, además de estigmatizar a las personas denunciadas, generó una carga de trabajo innecesaria al sistema de justicia. Desde 2015, la Ciudad de México también ha liderado el número de carpetas y averiguaciones previas sobre aborto.



Carpetas y averiguaciones previas por el delito de aborto en las 32 entidades federativas

Estado	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	agosto 2025
Aguascalientes	5	7	4	7	10	5	14	13	10	7	8
Baja California	53	43	73	63	57	39	34	42	38	41	40
Baja California Sur	3	3	14	16	12	10	14	3	8	10	5
Campeche	1	1	2	1	0	0	1	5	3	0	0
Coahuila	3	2	3	9	2	2	4	2	2	0	2
Colima	0	0	5	0	4	4	0	5	1	2	3
Chiapas	20	22	11	15	11	10	9	3	0	6	2
Chihuahua	8	13	13	10	8	9	6	9	11	7	4
Ciudad de México	131	115	84	110	132	79	102	192	181	187	160
Durango	2	5	1	6	1	0	0	2	0	0	0
Guanajuato	22	27	28	30	24	31	23	24	18	22	14
Guerrero	2	5	2	4	10	4	5	6	1	5	3
Hidalgo	24	7	11	18	15	23	19	18	12	9	7
Jalisco	23	31	29	17	5	13	11	6	11	21	7
México	71	66	72	107	155	145	149	144	156	108	79
Michoacán	9	11	11	5	17	11	18	31	21	13	11
Morelos	12	16	22	4	12	13	10	10	3	9	3
Nayarit	0	0	0	0	0	1	3	3	4	1	1

Estado	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	agosto 2025
Nuevo León	58	47	28	38	84	100	119	144	141	175	167
Oaxaca	0	16	15	16	16	9	8	13	16	13	10
Puebla	7	13	9	5	4	6	5	1	2	6	4
Querétaro	5	10	12	14	22	28	37	39	37	29	0
Quintana Roo	6	3	5	4	13	12	5	4	4	7	4
San Luis Potosí	5	8	7	10	7	9	9	9	12	12	7
Sinaloa	9	9	9	9	9	4	8	6	0	0	0
Sonora	3	4	2	7	3	5	11	6	9	5	6
Tabasco	1	3	3	2	2	2	5	8	10	3	0
Tamaulipas	25	33	32	46	45	34	44	40	48	69	38
Tlaxcala	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Veracruz	15	29	33	28	36	22	24	26	40	11	10
Yucatán	15	8	0	0	0	0	0	1	2	1	0
Zacatecas	2	1	1	4	0	3	6	3	9	6	2

Fuente: Datos de incidencia delictiva del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP)

Es falso que solo algunas razones son válidas para abortar

Las razones que llevan a las mujeres y otras personas gestantes a decidir interrumpir un embarazo son variadas: planes de vida, contextos de violencia, situaciones económicas precarias, condiciones de salud, entre otras. Algunas de las mujeres y otras personas gestantes que abortan no tienen descendencia y no desean embarazarse; otras ya son madres y no quieren aumentar su familia, y algunas más desean ejercer la maternidad en otro momento de su vida.

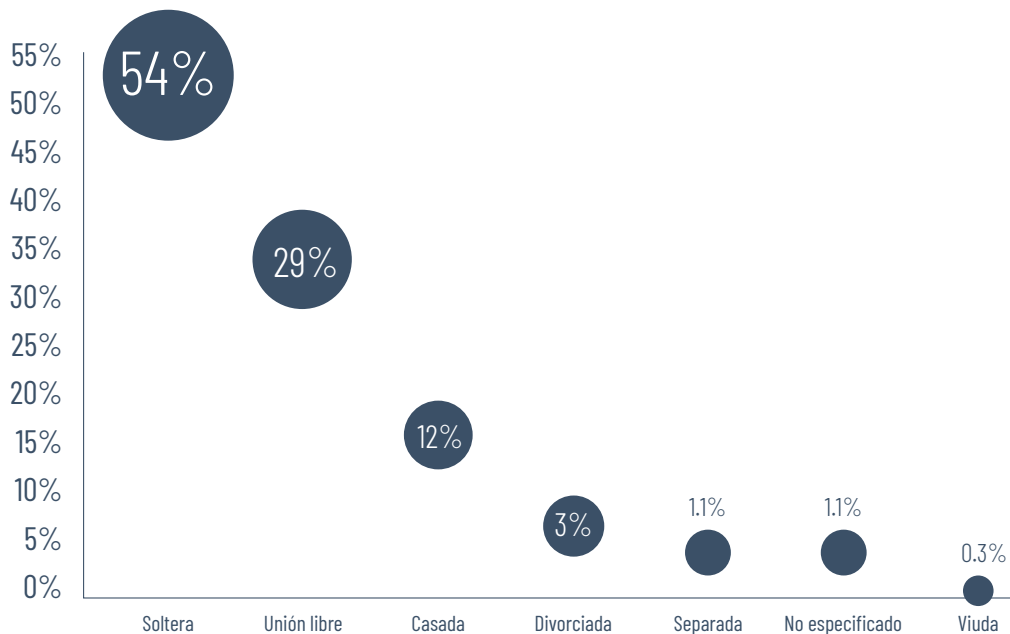
En la Ciudad de México, que fue la primera entidad federativa en despenalizar el aborto hasta la semana doce de gestación, 277 268 personas usuarias han sido atendidas en servicios de ILE entre abril de 2007 y junio de 2024.¹³ El

procedimiento más utilizado para interrumpir el embarazo fue con medicamentos (221 341 usuarias, casi 8 de cada 10, que representan el 79.8 %).¹⁴

Las características de las mujeres que han utilizado el programa ILE en la Ciudad de México son diversas, lo que muestra la amplia gama de situaciones por las que el acceso al aborto legal es fundamental.

Estado civil de las usuarias de ILE en CDMX

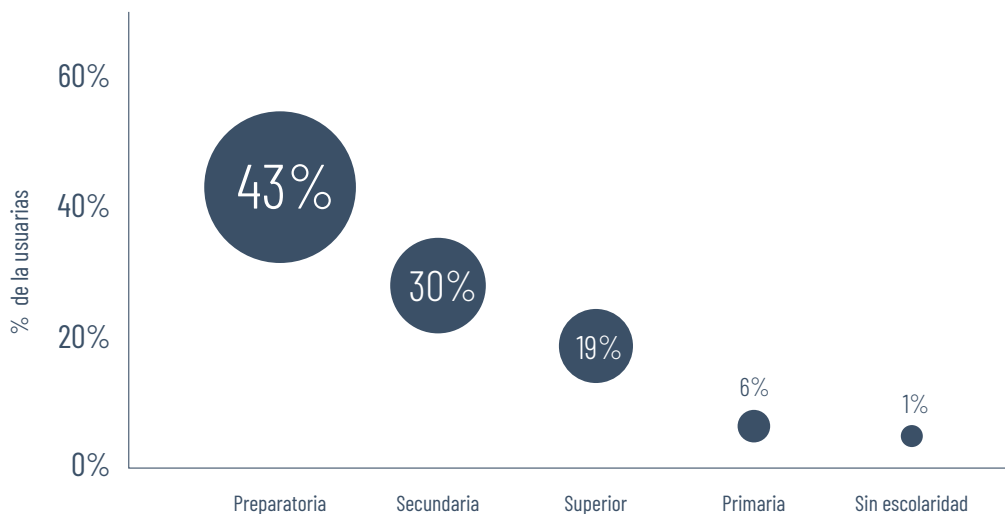
Datos de abril de 2007 a junio de 2024



Elaborado por GIRE con datos de ILE CDMX

Escolaridad de las usuarias de ILE en CDMX

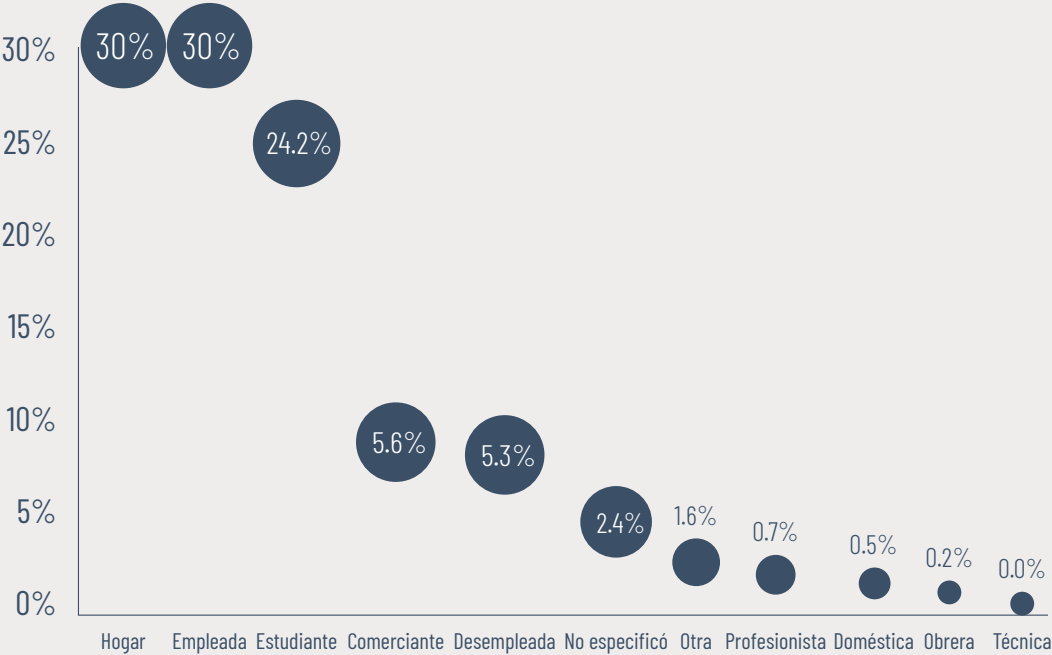
Datos de abril de 2007 a junio de 2024



Elaborado por GIRE con datos de ILE CDMX
El 1% restante corresponde a "No especificado"

Ocupación de las usuarias de ILE en CDMX

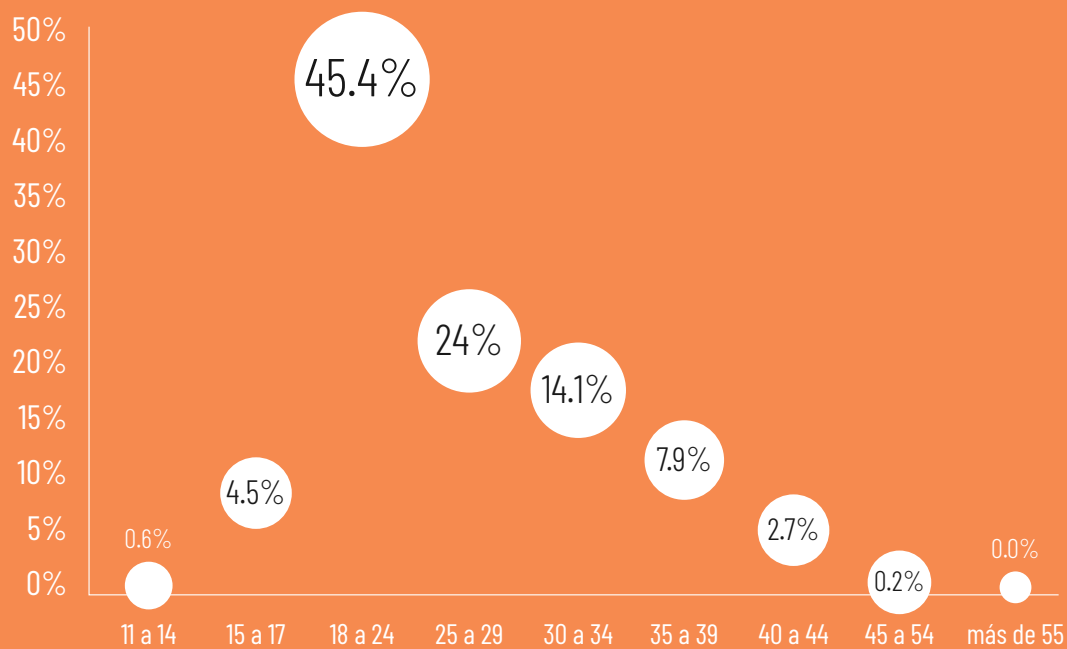
Datos de abril de 2007 a junio de 2024




Elaborado por GIRE con datos de ILE CDMX

Edad de las usuarias de ILE en CDMX

Datos de abril de 2007 a junio de 2024



Elaborado por GIRE con datos de ILE CDMX



Es falso que las constituciones locales que protegen la vida desde la concepción impiden la despenalización del aborto

La protección constitucional a la vida desde el momento de la concepción no es una barrera jurídica para despenalizar ni para acceder al servicio de aborto.

En 2008, en respuesta a la despenalización del aborto en la Ciudad de México, y con la intención de evitar que se replicara, comenzó una importante oleada de reformas a las constituciones de algunas entidades federativas para incluir la protección de la vida desde el momento de la concepción. Si bien estos cambios a nivel local no eran un impedimento jurídico para reformar los códigos penales y liberalizar el aborto, ni para abortar bajo las causales ya previstas, fueron fuente de mucha confusión.

Al día de hoy, esas reformas se encuentran vigentes en las constituciones locales de catorce entidades federativas, entre ellas, Baja California, Coahuila y Quintana Roo, donde también se ha logrado la despenalización del aborto en los códigos penales en un periodo cercano al inicio de la gestación. Esto demuestra que la protección a la vida desde la concepción no impide la despenalización del aborto.

Constituciones locales que protegen la vida desde la concepción	
Entidad federativa	Artículo
Baja California	Artículo 7, párrafo 1
Chihuahua	Artículo 5, párrafo 1
Coahuila	Artículo 173, párrafo 3
Durango	Artículo 3, párrafo 1
Guanajuato	Artículo 1, párrafo 4
Jalisco	Artículo 4, párrafo 1
Morelos	Artículo 1 bis
Nayarit	Artículo 7, fracción XIII, numeral 1
Puebla	Artículo 26, fracción IV
Querétaro	Artículo 2, párrafo 13
Quintana Roo	Artículo 13
Sonora	Artículo 1
Tamaulipas	Artículo 16, párrafo 2
Yucatán	Artículo 1, párrafo 3

En 2011, la SCJN discutió dos acciones de inconstitucionalidad en contra de las reformas a las constituciones de San Luis Potosí y de Baja California que protegen de forma absoluta al producto de la concepción. Su resolución fue que la protección de la vida en gestación es compatible con la despenalización del aborto por voluntad de la mujer.

Tiempo después, en 2021, la SCJN emitió nuevos criterios en relación con la protección a la vida desde la concepción:



En la Acción de Inconstitucionalidad 106/2018 y su acumulada 107/2018, el Pleno discutió la constitucionalidad de la “protección a la vida desde la concepción” en Sinaloa. La SCJN estableció, por mayoría de votos, que las legislaturas de los estados no tienen competencia para definir cuándo inicia la vida y, por tanto, no pueden delimitar el carácter de persona ni asignarle una protección general y absoluta que restrinja el derecho de las mujeres y otras personas gestantes. Por ello, este tipo de normativas no son pretexto para negar servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar ni para restringir su acceso al aborto. En consecuencia, esta instancia declaró inconstitucional el precepto normativo de la constitución de Sinaloa que protegía la vida desde la concepción.



A partir del caso de Sinaloa, el pleno de la SCJN resolvió:

- la Acción de Inconstitucionalidad 41/2019 y su acumulada 42/2019, promovidas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León;
- la Acción de Inconstitucionalidad 85/2016, promovida en Veracruz por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y
- la Acción de Inconstitucionalidad 72/2021 y su acumulada 74/2021, promovidas por la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Aguascalientes y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

En los tres casos, la SCJN declaró inconstitucionales las normas que protegían el derecho a la vida desde la concepción en las constituciones estatales de Nuevo León, Veracruz y Aguascalientes. La Corte reiteró que estas regulaciones buscan restringir otros derechos fundamentales, especialmente de mujeres y personas gestantes, como el derecho a su autonomía reproductiva.

A diferencia de lo que resolvió la SCJN en 2011 (con las acciones de inconstitucionalidad de San Luis Potosí y Baja California), en 2021 no se limitó a determinar la compatibilidad de la protección a la vida desde la concepción con la despenalización del aborto, sino que su criterio fue anular las normas de las constituciones locales que protegían la vida desde la concepción (en Sinaloa, Nuevo León, Veracruz y Aguascalientes).

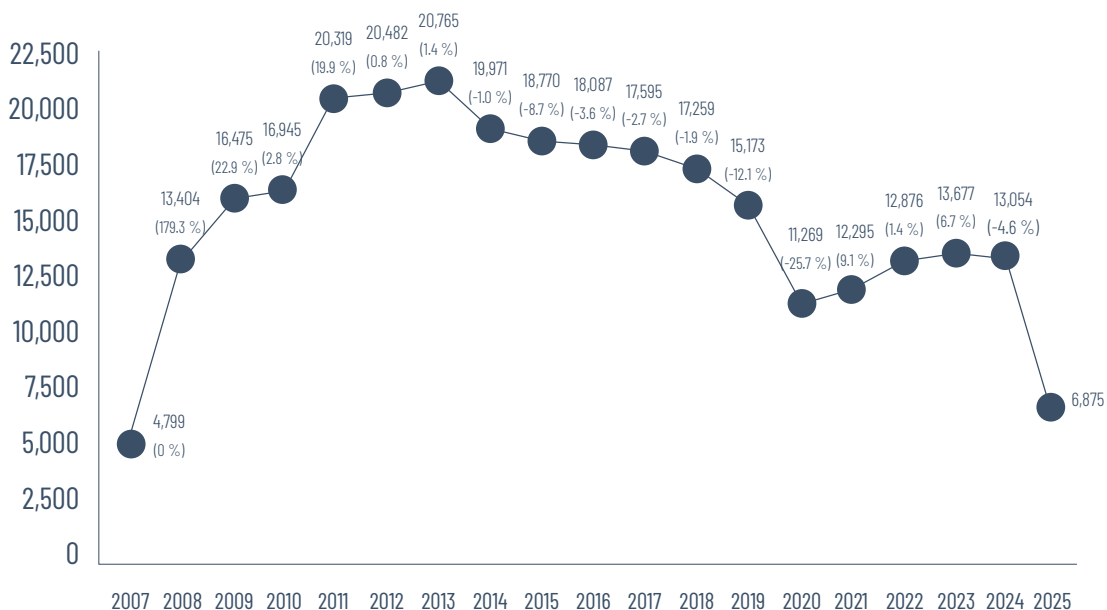
Por otro lado, en diciembre de 2024, el Congreso de San Luis Potosí, con 19 votos a favor, 5 en contra y 0 abstenciones, aprobó eliminar la cláusula de protección a la vida desde la concepción en la entidad federativa. La reforma se publicó el 27 de mayo de 2025 en el Periódico Oficial del estado.



Es falso que con la despenalización se multiplicarían los abortos

En la Ciudad de México disminuyó el número de abortos inducidos a partir de la despenalización en 2007. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, aunque durante los primeros años de la implementación del programa ILE-CDMX la tendencia fue al alza, esta se desaceleró rápidamente e incluso se redujo en los últimos años. Liberalizar el aborto en la normativa no necesariamente incentiva a que más mujeres y otras personas gestantes interrumpan su embarazo, sino que les brinda un espacio seguro para hacerlo. Por ello, en garantía y respeto al derecho a la salud, el aborto debe ser un servicio de salud que esté disponible en el momento en el que las personas usuarias lo soliciten.

Desde la despenalización del aborto en CDMX, ¿cómo ha cambiado el total anual de ILE?
Total de ILE realizadas (y tasa de crecimiento de abril de 2007 a julio de 2025)



Fuente: Elaboración de GIRE con datos de ILE CDMX

La diferencia tan marcada en el número de ILE practicadas en 2007, en comparación con 2008, se debe, en parte, a que el programa se comenzó a implementar en el mes de abril, por lo que en el primer año solo se contaron nueve meses. A partir del año 2014, la tendencia hacia la disminución de ILE ha sido clara.

En 2020, la disminución de ILE podría estar relacionada con la importante afectación de los servicios de salud debido a la pandemia de covid-19, que se restablecieron de forma paulatina con el transcurso de los años. Otra posible razón de la disminución del aborto en la entidad puede estar relacionada con la despenalización en otras entidades. Es decir, las mujeres y otras personas gestantes ya no están forzadas a trasladarse a la Ciudad de México para practicarse un aborto, puesto que algunas lo pueden hacer en su misma entidad o en otra que también lo haya despenali-

zado y se encuentre más cercana a su localidad. En otras palabras, a pesar de que, en comparación con 2020, aumentó el número de ILE entre 2021 y 2023, en el agregado la tendencia continúa a la baja.

El caso de Argentina es similar. De acuerdo con datos del Ministerio de Salud, mientras que en 2021 se registraron 73 487 interrupciones del embarazo, entre enero y septiembre de 2022 las provincias informaron únicamente 59 267 casos. Es decir, desde la despenalización del aborto (hasta la décima cuarta semana de gestación), en diciembre de 2020, ha habido una disminución de 19.35 por ciento en los abortos practicados.¹⁵

La SCJN y la desmitificación del aborto

Es falso que para acceder al aborto cuando el embarazo es consecuencia de una violación se debe presentar una denuncia

En 2013 se expidió la Ley General de Víctimas (LGV), obligatoria en todo el territorio nacional, que estableció que las víctimas de violencia sexual tienen derecho a abortar y, además, se les debe creer de buena fe (sin sospecha de que están mintiendo) cuando solicitan el servicio por ese motivo. Asimismo, en 2016, con la modificación de la *NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención* (NOM 046) se dispuso que para abortar no es necesario presentar una denuncia cuando el embarazo es producto de una violación; únicamente se debe presentar un escrito en el que —bajo protesta de decir verdad— se exprese que se trata de un embarazo producido por esa causa y que se desea interrumpirlo.

La SCJN ha resuelto diversos casos —acompañados por GIRE— en los que a las solicitantes se les ha negado la interrupción de un embarazo que es consecuencia de violencia sexual. Un ejemplo de ello es el caso de Fernanda, quien tenía 18 años en 2016, cuando quedó embarazada como resultado de una violación sexual. Ella presentó varias solicitudes de interrupción del embarazo ante los servicios de salud de Oaxaca. En uno de ellos, la ginecóloga que la atendió le dijo que el aborto era un delito, a pesar de que en todo el país es legal cuando el embarazo es consecuencia de una violación sexual. Después fue canalizada a un hospital que estaba en huelga y allí las autoridades le dijeron que solo podían atender emergencias y que su aborto no lo era. Finalmente, tuvo que trasladarse a la Ciudad de México para interrumpir su embarazo.

En este caso, **la SCJN determinó que el aborto es un derecho de las víctimas de violencia sexual y reafirmó que negar el servicio médico de interrupción del embarazo causado por violencia sexual constituye una violación a los derechos humanos**, en específico al derecho de las personas a no ser sometidas a tratos crueles, inhumanos y degradantes. Asimismo, estableció que los casos en los que una mujer víctima de violación sexual solicita la interrupción de su embarazo deben ser considerados como urgentes, por lo que las autoridades de salud están obligadas a atender de manera eficiente e inmediata estas solicitudes, con la finalidad de que las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia no continúen materializándose en el tiempo.

Es falso que las solicitudes de aborto deben ser examinadas y aprobadas por el comité de bioética de los hospitales





Los comités de bioética no tienen esta facultad.

En 2015, Marimar, una joven de 17 años, fue víctima de violencia sexual y quedó embarazada. Acudió al Ministerio Público en compañía de su madre para denunciar los hechos y allí les informaron que tenía derecho a interrumpir el embarazo, pero no les indicaron el procedimiento ni la canalizaron con ninguna institución de salud. Se dirigieron al Hospital General de Cuernavaca “Dr. José G. Parres”, en donde se les informó que el embarazo era de alto riesgo, por lo que solicitaron su interrupción legal. Sin embargo, el Comité de Bioética del hospital resolvió negar ese derecho a Marimar (aun cuando se encontraba garantizado por la LGV y por la NOM 046) y determinó que debía continuar con el embarazo con el argumento de que “aunque el producto presentaba una malformación congénita, esta no ponía en riesgo su salud ni la vida de la madre”.

Este caso —también acompañado por GIRE— fue presentado a la SCJN. En 2018, la Corte determinó, mediante el Amparo en Revisión 601/2017, que la negativa del Comité de Bioética a ofrecer el servicio médico de interrupción del embarazo producto de una violación sexual había vulnerado los derechos reproductivos de Marimar al ignorar lo establecido en la LGV, en el Código Penal de Morelos y en el artículo 1.º constitucional. Además, la SCJN resaltó la obligación de reparar las violaciones de derechos humanos que sufrieron Marimar y su familia de manera oportuna, integral y efectiva.

Es falso que un embarazo causado por violencia sexual solo se puede interrumpir durante los primeros noventa días de gestación

Las interrupciones de los embarazos que son consecuencia de violencia sexual deben ser atendidas en cualquier momento, sin límite de edad gestacional. La LGV y la NOM 046 no señalan límites de tiempo gestacionales para que las víctimas de violencia sexual accedan a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).¹⁶

En la actualidad (agosto de 2025), ningún código penal en México tiene límites temporales para practicar el aborto en casos de violación. En el pasado, algunas entidades sí establecían algunas restricciones en estos casos (por ejemplo, hasta los noventa días o las doce semanas de gestación). En consecuencia, la SCJN resolvió diversos casos relacionados con el derecho de acceder a la IVE en los que las mujeres y otras personas gestantes habían sufrido violencia sexual, y declaró que eran inconstitucionales las porciones normativas de los códigos penales que restringían ese derecho.

El caso de Jessica —acompañado por GIRE— fue uno de los que resolvió la SCJN en relación con la IVE. Jessica nació con parálisis cerebral y a los 17 años, como consecuencia de una violación sexual, quedó embarazada. En 2018, un hospital en Chiapas le negó el servicio de aborto

porque su embarazo excedía los noventa días de gestación previstos en el Código Penal de la entidad para interrumpirlo. Ante la negativa, se promovió un amparo, que fue negado por el juez de Distrito que atendió el caso con el argumento de que esta limitación temporal no dejaba en un plano de desigualdad a Jessica ni violaba sus derechos humanos. Asimismo, afirmó que “la Constitución federal protege la vida humana y de igual forma protege al producto de la concepción [...] independientemente del proceso biológico en el cual se encuentre”.

En julio de 2021, en el Amparo en Revisión 438/2020, la SCJN determinó que, aunque el Código Penal del estado señale un plazo máximo para abortar en los casos de violencia sexual, existen otras leyes, como la LGV y la NOM 046, que no establecen límites temporales para practicar el aborto en circunstancias como las de Jessica.

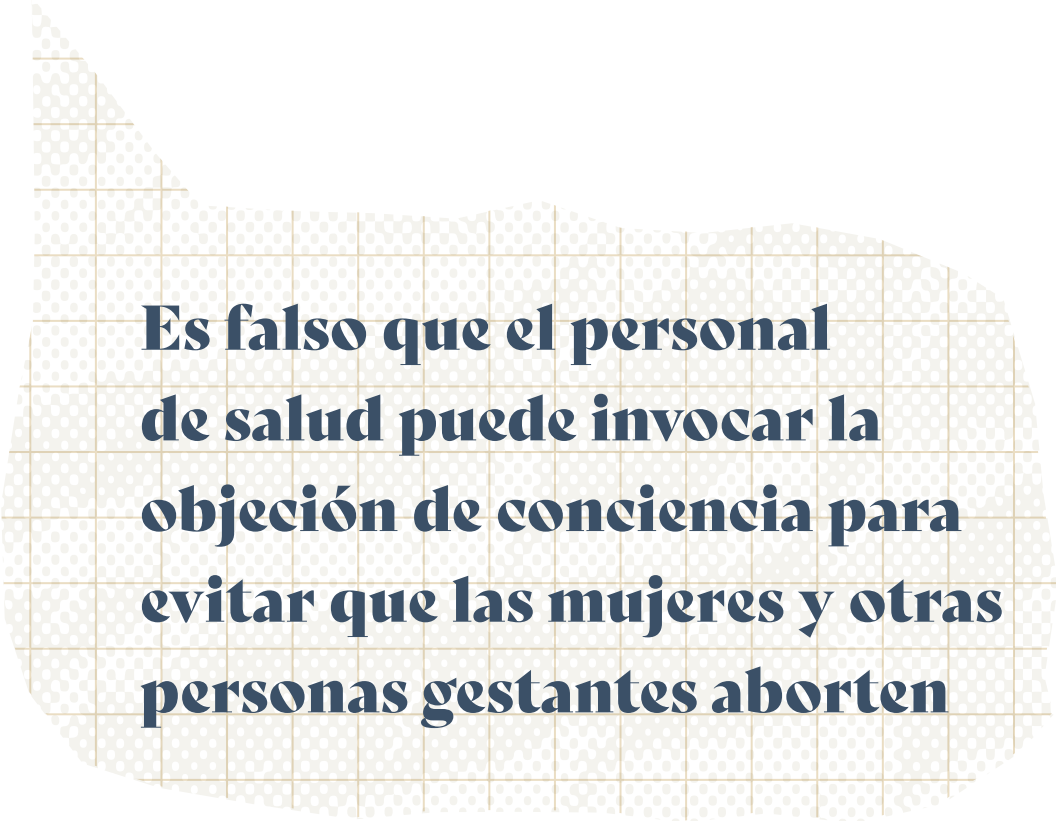
Así, la SCJN precisó que establecer un plazo único y genérico para interrumpir el embarazo causado por violación es una forma de violencia contra las mujeres y otras personas gestantes que desconoce su dignidad humana y afecta su salud psicológica.

Además, el límite temporal vulnera los derechos de las personas con discapacidad, pues no considera los casos en los que ellas ni siquiera saben que están embarazadas y, por esta razón, no acuden a los servicios de salud dentro del plazo establecido.

Por lo tanto, la SCJN determinó la inconstitucionalidad del artículo 181 del Código Penal de Chiapas por señalar que solo se puede abortar durante los primeros noventa días de gestación en los casos en los que el embarazo es producto de una violación, pues ello va en contra del derecho a la igualdad y no discriminación, el derecho a una vida libre de violencia y el derecho a la salud. Esta sentencia sentó un precedente para los casos en los que se intentara negar el aborto cuando hubo violencia sexual bajo el argumento de que se rebasaba un determinado límite gestacional.

La SCJN se ha mantenido firme con estos criterios y los reiteró al resolver en 2021 el caso Coahuila y en 2022, cuando resolvió el caso de Carlota, en Hidalgo. En este último —acompañado por GIRE— se inició un juicio de amparo porque a Carlota se le negó el acceso al aborto a pesar de que su embarazo había sido resultado de una violación. En 2015 —año en que fue víctima de violación, cuando tenía 16 años—, el Código Penal del estado requería que las niñas, adolescentes o mujeres que estuvieran en esa circunstancia realizaran una denuncia por violación antes de saber que estaban embarazadas. En sintonía con los casos de Marimar, Fernanda y Jessica, la Corte protegió el derecho a abortar cuando el embarazo es producto de una violación, sin más requisitos que una solicitud por escrito.





Es falso que el personal de salud puede invocar la objeción de conciencia para evitar que las mujeres y otras personas gestantes aborten

La objeción de conciencia no debe, por ningún motivo, restringir o violar los derechos humanos de otras personas, por lo que el personal de salud no puede invocarla para evadir sus obligaciones.

En la Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, la SCJN determinó que la objeción de conciencia no es un derecho absoluto, por lo que no se puede invocar en cualquier caso ni bajo cualquier modalidad. Para que su reglamentación y ejercicio sean válidos es necesario que se ciñan a ciertos límites, entre ellos: que sea de carácter individual; que se trate de una auténtica contradicción de conciencia en un contexto constitucional y democrático; y que respete los derechos humanos de otras personas. De esta manera se protegen los derechos de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar, reconocidos en la Constitución y en las leyes sanitarias del país, y se confirma que el Estado tiene la obligación de garantizarlos en tiempo, con calidad y sin discriminación. En este sentido:

→ las instituciones deben contar en todo momento con personal suficiente, disponible y capacitado, que garantice el derecho a la salud;

→ solamente puede ser objetor de conciencia el personal directamente involucrado en el procedimiento y con la limitante de hacerlo en un plazo breve, de lo contrario se entenderá que no procede;

→ la objeción de conciencia no es válida si está en riesgo la vida de la persona usuaria, si se trata de una emergencia médica (como en los casos de interrupción del embarazo por violencia sexual), si implica un riesgo para la salud o si puede prolongar el sufrimiento de la persona usuaria;

→ la objeción de conciencia del personal de salud no debe entorpecer o retrasar la prestación de un servicio; y

→ no es posible objetar por motivos discriminatorios, por ejemplo, por preferencia sexual, raza, etnia, etc.

La SCJN ya había señalado, en otros casos,¹⁷ que con el fin de promover, proteger o restaurar la salud de las mujeres y otras personas gestantes en todas sus dimensiones, el aborto debe ser considerado como un servicio de salud, por lo que el Estado está obligado a garantizar su acceso. Así, **la objeción de conciencia no debe impedir ni ser un obstáculo para el ejercicio del derecho a la salud, incluido el acceso a servicios de aborto para quien los solicita.**



Es falso que cuando la SCJN declaró inconstitucional el delito de aborto en Coahuila, despenalizó el aborto a nivel nacional

La resolución de la SCJN para el Código Penal de Coahuila no implicó que se modificaran los códigos penales de otras entidades. La Acción de Inconstitucionalidad (AI) es un juicio con el que una autoridad reclama que existió una violación a derechos humanos por actos realizados por otra autoridad; se limita a impugnar una ley en específico, por lo que no tiene injerencia sobre otras normas que no fueron objeto de la controversia. Sin embargo, la sentencia sí constituyó un precedente a nivel nacional para que no se dicten sentencias por el delito de aborto cuando sea realizado por la sola voluntad de la mujer o persona gestante en un periodo breve al inicio del embarazo.

El 27 de octubre de 2017 se publicó el nuevo Código Penal de Coahuila. La entonces Procuraduría General de la República (PGR) promovió una AI porque consideró que la prohibición general del aborto, incluida en dicho Código Penal, iba en contra de la autonomía reproductiva.

Al resolver el caso en 2021, la SCJN determinó que los derechos humanos se reconocen a las personas a partir de que nacen vivas, no antes, ya que ni en la Constitución ni en los tratados internacionales se protege el derecho a la vida desde la concepción. Sin embargo, afirmó que existe una obligación progresiva de proteger el proceso de gestación (es decir, que va aumentando conforme avanza el embarazo) y que esto solo puede asegurarse mediante la protección de los derechos de las mujeres y otras personas gestantes. Así, la Corte

concluyó que, si el derecho penal afectaba a otros derechos, esa no era la vía para proteger el proceso de gestación. Ese era el caso del artículo 196 del Código Penal de Coahuila, que imponía una sanción a las mujeres que abortaran de forma voluntaria, sin importar en qué etapa del embarazo estuvieran, lo cual anulaba por completo sus derechos. La prohibición absoluta del aborto implica que la persona, una vez embarazada, necesariamente debe soportar y llevar a término el proceso de gestación.

En consecuencia, la SCJN determinó la invalidez del artículo 196 del Código Penal de Coahuila, que imponía una pena de prisión a quien abortara y a quien practicara abortos o ayudara a abortar. Asimismo, invalidó la parte del artículo 198 que penalizaba al personal de salud que practicara abortos o ayudara a abortar y, en el artículo 199, la limitación de doce semanas de gestación para el aborto cuando el embarazo es producto de una violación.

Desde la entrada en vigor de esta sentencia, **a nivel estatal** se debía cerrar cualquier investigación iniciada a mujeres o personas con capacidad de gestar por el delito de aborto, así como a quienes hubieran auxiliado a alguien a abortar; además, cualquier persona que hubiera sido sentenciada o encarcelada por este delito tenía el derecho a que se revisara su caso para ser liberada. Desde entonces, en la entidad ya no se puede investigar ni condenar a nadie por abortar de forma voluntaria o por ayudar a otra persona a abortar.

El 11 de marzo de 2021 se publicó la reforma constitucional al Poder Judicial de la Federación que, entre otros puntos, estableció la transición a un sistema de precedentes. Con este sistema, un solo asunto resuel-



to por la SCJN por mayoría calificada es suficiente para que dicha decisión sea de carácter obligatorio para todo el sistema judicial y se utilice para resolver casos futuros. Por ello, el efecto que tiene la sentencia del caso de Coahuila **a nivel nacional** es que ninguna persona juzgadora puede dictar sentencia por el delito de aborto cuando sea realizado por la sola voluntad de la mujer o persona gestante en un periodo breve al inicio del embarazo.

Sin embargo, esta sentencia no despenalizó el aborto en todas las entidades federativas. Por ello, posterior a la fecha de resolución de la sentencia, en Baja California, Colima, Sinaloa, Guerrero, Baja California Sur y Quintana Roo fue necesario iniciar un proceso legislativo para conseguir la despenalización parcial del aborto.

Esta sentencia es emblemática por dos razones: fue la primera en la que la SCJN dispuso que la prohibición absoluta del aborto era violatoria a los dere-

chos humanos y porque el Pleno señaló que el reconocimiento de los derechos humanos comprende tanto a las mujeres como a las personas con capacidad de gestar.¹⁸ Es decir, reconoce también a aquellas personas que tienen identidades de género distintas del concepto tradicional de mujer y cuerpos con capacidad de gestar (por ejemplo, hombres trans, personas no binarias y otras personas de la disidencia de género).

En conclusión, la falta de acceso al aborto legal y seguro implica violaciones a los derechos humanos de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar, entre los que se encuentran el derecho a:

- la igualdad y a la no discriminación
- la salud
- una vida libre de violencia
- acceder a los beneficios del progreso científico
- la privacidad y a decidir el número de descendientes y su espaciamiento
- la información

El acceso al aborto es un tema de salud pública. Su reconocimiento y garantía como un servicio de salud y su eliminación del derecho penal son fundamentales para que las mujeres y otras personas con capacidad de gestar tomen decisiones sobre su reproducción de manera libre, segura y autónoma.

Al contrario, cuando se criminaliza el aborto, además de que el Estado envía un fuerte mensaje con respecto a las decisiones reproductivas, que deberían corresponder a la esfera privada, también afecta de manera concreta a aquellas mujeres y otras personas con capacidad de gestar que provienen de contextos de violencia, alta marginación económica y falta de acceso a información reproductiva. Además, el hecho de que el aborto persista como delito constituye una barrera estructural en el sistema de salud. Ello no solo limita el acceso al mismo, sino que obstruye el ejercicio del derecho a la salud.

Mientras los servicios de aborto no sean accesibles a demanda y en cualquier momento del embarazo, las mujeres y otras personas con capacidad de gestar

seguirán tomando decisiones sobre su reproducción, pero accederán a servicios de aborto clandestino y, en algunos casos, de forma insegura e insalubre. Por ello, es urgente que los congresos locales se pronuncien a favor del derecho a la salud y la autonomía de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar mediante la despenalización total del aborto y que las autoridades de salud garanticen su acceso en condiciones de libertad.

Al terminar con los estigmas en torno al aborto inducido se promueve también que este procedimiento médico tenga la misma garantía que cualquier servicio de salud.

1. Para la Organización Mundial de la Salud, el derecho a la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades.

2. World Health Organization, *Clinical practice handbook for quality abortion care* (2023), https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/clinical-practice-handbook-for-quality-abortion-care.pdf?sfvrsn=e82e253c_8

3. OMS, *Directrices sobre la atención para el aborto. Resumen ejecutivo* (2022), <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352351/9789240045767-spa.pdf>

4. OMS, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (2ª ed.) (2012), https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf

5. OMS, *Aborto* (25 de noviembre de 2021), <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

6. World Health Organization, *Clinical practice handbook...*

7. OMS, *Directrices sobre la atención para el aborto. Resumen...*

8. Puede consultarse aquí: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-FINAL_Interactivo_22NOV_22-Lineamiento_te_cnico_aborto.pdf

9. Las recomendaciones sobre cómo deben administrarse los medicamentos en el aborto autogestionado durante el primer trimestre de gestación, se pueden consultar en la página 74 del Lineamiento.

10. Es importante señalar que, si bien existen entidades federativas en las que no se cuenta con un programa de aborto seguro local, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva publicó el Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México. Este lineamiento indica, a escala federal, los criterios básicos para la atención del aborto de forma integral, con perspectiva de género y conforme a los derechos humanos.

11. Mitofsky, *Opiniones sobre el aborto en México* (Julio 2022), <https://www.mitofsky.mx/post/opiniones-aborto-en-mexico-2022>

12. Católicas por el derecho a decidir, *Encuesta de opinión sobre religión, política y sexualidad en México 2021* (2022), <https://catolicasmexico.org/wp-content/uploads/2022/08/Encuesta-de-Opinio%CC%81n-sobre-religio%CC%81n-poli%CC%81tica-y-sexualidad-en-Me%CC%81xico-2021.pdf>

13. La información dejó de publicarse de manera periódica y con este nivel de desagregación desde junio de 2024. Para mayor información, se sugiere visitar la página Interrupción Legal del Embarazo (<https://ile.salud.cdmx.gob.mx/estadisticas-interrupcion-legal-embarazo-df/>)

14. Secretaría de Salud, *Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Estadísticas* (2025), <https://ile.salud.cdmx.gob.mx/estadisticas-interrupcion-legal-embarazo-df/>

15. Ministerio de Salud, “A dos años de la sanción de la Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, el Presidente y Vizzotti destacaron los avances en su implementación”, Argentina. gob.ar (29 de diciembre de 2022), <https://is.gd/DWIH70>

16. El Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México (2022) señala que la IVE se deberá prestar a todas las víctimas de delitos de naturaleza sexual, como lo son la violación equiparada, el estupro, la pederastia, el abuso sexual o el incesto, conductas en las que se considera que hubo alguna circunstancia que coaccionó de alguna forma el consentimiento, y que son delitos sexuales tipificados de manera diversa en los códigos penales del país.

17. Amparo en Revisión 1388/2015, Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Ministro Ponente: Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena, 15 de mayo de 2019, <https://www2.scjn.gob.mx/ConsultasTematica/Detalle/190811>

18. En el caso de Marisa —acompañado por GIRE— la Primera Sala de la SCJN expresó en una nota a pie de página: “Se usa el término mujeres por ser el lenguaje que utiliza la quejosa y porque los instrumentos internacionales lo emplean para referirse a una experiencia común de opresión. Sin embargo, no se desconoce que el embarazo puede ser también experimentado por hombres transgénero”.



Ilustraciones: Isabel Aguirre Salmones

GIRE alienta la distribución pública de la presente obra y de los datos de esta investigación, siempre que se reconozca y mencione su autoría. Esta obra no podrá ser usada con fines comerciales en ningún caso; su difusión es gratuita.

Segunda edición: agosto de 2025.

