

Marco normativo en materia de aborto.

Información para
el personal de salud





Marco normativo en materia de aborto.

Información para el personal de salud

1.	Introducción	_3
2.	¿Qué es el aborto?	_6
3.	El aborto no debe estar asociado a la comisión de un delito	_9
4.	Casos en que el aborto es permitido	_19
	A. Cuando el embarazo es producto de violencia sexual	
	B. Cuando existe un riesgo para la salud	
	C. Por negativa en la prestación del servicio de aborto	
5.	Obligaciones del personal de salud	_26
	A. Principios	
	B. Confidencialidad y secreto profesional	
	C. Tres momentos en la atención del aborto seguro	
	D. Obligaciones específicas en casos de aborto inducido	
	E. Obligaciones específicas en casos de aborto por violencia sexual	
6.	Objeción de conciencia y aborto	_41
7.	Condiciones necesarias para la provisión del aborto seguro	_45
8.	A modo de cierre	_47



1. Introducción

En los últimos años, la regulación del aborto en México ha mostrado avances hacia la despenalización y la no criminalización. Durante mucho tiempo, las normativas al respecto se limitaron a establecer un régimen de causales; es decir, tanto en el Código Penal Federal como en los códigos penales de cada entidad federativa, el aborto fue considerado como un delito con excluyentes de responsabilidad penal o con causas de no punibilidad. Si bien, en un principio, este marco normativo permitió impulsar el acceso a este servicio de salud —al menos en ciertos supuestos—, no puede negarse que es un enfoque restrictivo, pues aún lo contempla como un delito, lo cual limita la autonomía reproductiva de las mujeres, hombres trans, personas no binarias y otras personas gestantes.

Además de los códigos penales, en la actualidad existen diversas normas nacionales e internacionales que definen al aborto como un servicio de salud vinculado a los derechos humanos, la salud pública, la igualdad de género y la justicia social.



Sin embargo, algunos actores sociales, incluidos sectores del personal de salud, no están al tanto de este nuevo paradigma, lo que puede dar lugar a confusiones cuando se enfrentan con situaciones relacionadas con el aborto e, incluso, puede llevarles a vulnerar el derecho a la salud de las personas usuarias de estos servicios.



Con el objetivo de dar certezas al personal de salud, la información que aquí se presenta tiene como base distintas normas y criterios actualizados en la materia. Se pretende que el personal de salud de diferentes especialidades y las personas de las profesiones de psicología, enfermería, trabajo social y sociología, entre otras que se ocupan de manejar situaciones de aborto, puedan resolver sus dudas al respecto y cuentan con el conocimiento y los fundamentos necesarios para actuar desde sus respectivas áreas de trabajo.





2. ¿Qué es el aborto?

Es la interrupción del embarazo, ya sea de forma espontánea (sin que medie ninguna intervención o maniobra abortiva) o inducida (pérdida intencionada de un embarazo intrauterino mediante un método médico o quirúrgico). Se trata de un **procedimiento que forma parte del derecho a la salud de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar**.¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el documento *Directrices sobre la atención para el aborto* (Directrices),² cataloga su atención integral como un servicio de salud esencial, por lo que debe ser parte de la atención primaria, con miras a alcanzar una cobertura universal. Agrega que debe regularse con base en los derechos y que los Estados deben garantizar su disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y calidad, de modo que las personas no tengan que recurrir a abortos inseguros que pongan en riesgo su vida, no sean sometidas a dolor o sufrimiento físico o mental, ni se interfiera con su capacidad de decidir sobre su vida privada.

El aborto seguro se define como la interrupción del embarazo realizada bajo condiciones que no pongan en riesgo la salud de la mujer o persona gestante.³

El Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México (Lineamiento Técnico)⁴ incorpora a la atención de este servicio estándares clínicos internacionales, métodos de aborto apropiados para cada edad gestacional y ciertas obligaciones del personal de salud al atenderlo, con el fin de establecer una red nacional de servicios y que la atención se realice con la mayor calidad técnica y humana posible en todos los sitios en donde se brinde. El Lineamiento Técnico es de observancia general para todo el personal que forma parte del Sistema Nacional de Salud (SNS), por lo que es importante seguir los procedimientos que este indica.

Cuando se habla **de interrupción legal del embarazo (ILE)** se hace referencia a los abortos inducidos realizados por decisión de la mujer o persona gestante, bajo la protección del marco aplicable.⁵ Por otro lado, la **interrupción voluntaria del embarazo (IVE)** es el término utilizado en el derecho victimal mexicano en los casos en los que se accede al aborto por causas de violencia sexual.

1. En reconocimiento a la diversidad sexogenérica y al espectro de personas con capacidad para embarazarse, que incluye a quienes se reconocen con identidades de género no normativas, en el ámbito de la salud reproductiva se hace referencia tanto a mujeres como a personas con capacidad de gestar o gestantes, pues es fundamental que la protección y garantía incluya a todas las personas que lleguen a requerir de este servicio de salud. El término *personas con capacidad de gestar* hace referencia a quienes no se identifican como mujeres, pero cuyos cuerpos tienen capacidad reproductiva, como los hombres trans, las personas no binarias y todas aquellas de la disidencia de género; por otro lado, el término *personas gestantes* incluye a quienes, perteneciendo a alguna de estas categorías, se encuentran gestando.

2. Publicado en 2022. Puede consultarse aquí: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362897/9789240057920-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

3. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y GIRE, *La regulación del aborto en América Latina. Una mirada crítica a los modelos de regulación de aborto en la región y clarificación de términos jurídicos* (2022), p. 2, <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2023/03/Definiciones-y-alcances-1.pdf>

4. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México (Secretaría de Salud, 2022), https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-FINAL-Interactivo_22NOV_22-Lineamiento_tecnico_aborto.pdf

5. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y GIRE, *La regulación del aborto en América Latina...*, p. 2.

3.El aborto no debe estar asociado a la comisión de un delito

En México, cada entidad federativa define, a través de su código penal, las situaciones en las que el aborto es sancionado y aquellas en que no lo es. Esta pluralidad normativa ocasiona que no exista certeza plena en cuanto a la forma de considerar al aborto y a su práctica de manera general, lo que además genera confusiones entre el personal de salud respecto a sus responsabilidades. Para mayor complejidad, existen deberes que, aunque son de cumplimiento obligatorio en todas las entidades federativas, no siempre están expresados en los códigos penales locales.

El único supuesto en el que el aborto no se considera delito en ninguna entidad del país es cuando el embarazo es consecuencia de actos derivados de la violencia sexual, como lo establece el numeral 6.4.2.7 de la NOM-046-SSA2-2005, *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención* (NOM 046),⁶ que señala que es un derecho de las víctimas de violencia sexual acceder a servicios de IVE.

En el Lineamiento Técnico se señala que **la atención del aborto seguro es una prioridad de salud pública, así que no depende de que los códigos penales lo expliciten, puesto que es una obligación constitucional proteger la salud y autonomía reproductiva de las niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de gestar.** El Estado, a través de las instituciones públicas de salud y el personal adscrito, está obligado a garantizar el acceso al aborto seguro en la forma y los términos establecidos por el marco jurídico vigente, y lo debe hacer dando prioridad y eligiendo la norma o interpretación que proteja más a las personas que solicitan el servicio.

Ello se refuerza con lo señalado en las Directrices de la OMS respecto a que, en tanto no se logre el reconocimiento del aborto voluntario, las causales de no punibilidad (es decir, las situaciones en las que no se sanciona el aborto) deben formularse y aplicarse de forma coherente con el derecho internacional de los derechos humanos; en otras palabras, el servicio debe centrarse en las personas, sin juzgarlas ni dirigirlas, permitiendo que sean ellas quienes tomen las decisiones sobre su propia atención, de manera informada y con apoyo.

La OMS ha recomendado abandonar por completo el uso del derecho penal para regular el aborto.⁷



Dado que el aborto es parte del derecho a la salud, no debería regularse en los códigos penales, pues este tipo de regulaciones llevan a poner en segundo plano el objetivo de garantizar su acceso a través de normas sanitarias. La regulación penal es una barrera para que la mujer o persona gestante pueda solicitar el servicio de aborto y para que el personal de salud lo brinde, pues no contempla la solución de fallas estructurales que dificultan su acceso (poca disponibilidad de medicamentos, las condiciones laborales del personal de salud, la falta de personal dispuesto, disponible y capacitado, entre otras).

Uno de los principales argumentos de los grupos antiderechos que defienden la penalización del aborto es que debe priorizarse la protección de la vida desde la concepción y la vida en gestación. Sin embargo, la OMS ha establecido que los límites gestacionales para denegar la interrupción del embarazo no tienen fundamento científico. La Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ha emitido importantes determinaciones en ese sentido, que a continuación se abordarán.

En un primer momento, en 2011, cuando la SCJN discutió dos acciones de inconstitucionalidad⁸ sobre normas de Baja California (en la Acción de Inconstitucionalidad 11/2009) y San Luis Potosí (en la Acción de Inconstitucionalidad 62/2009), concluyó que la protección de la vida en gestación es compatible con la despenalización del aborto por voluntad de la mujer (o personagestante). Más tarde, en 2021, emitió un criterio más garantista, cuando decidió sobre los criterios relativos a la protección a la vida desde la concepción en Sinaloa (en la Acción de Inconstitucionalidad 106/2018 y su acumulada 107/2018), ya que estableció, por mayoría de votos, que **las legislaturas estatales 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.

Las normas que protegen la vida desde la concepción no justifican la negativa de otorgar servicios relacionados con la salud reproductiva de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar ni sirven para restringir su acceso al aborto.

A partir de lo decidido en Sinaloa, la SCJN resolvió de la misma forma otros tres casos en Nuevo León (Acción de Inconstitucionalidad 41/2019 y su acumulada 42/2019), Veracruz (Acción de Inconstitucionalidad 85/2016) y Aguascalientes (Acción de Inconstitucionalidad 72/2021 y su acumulada 74/2021) y declaró inconstitucionales los artículos de esas constituciones locales que protegían el derecho a la vida desde la concepción. En todos los casos, la Corte reiteró que este tipo de regulaciones busca restringir otros derechos fundamentales, especialmente de mujeres y personas gestantes, como el derecho a su autonomía reproductiva.

En 2021, la sentencia de la Corte sobre la Acción de Inconstitucionalidad 148/2017, del Código Penal de Coahuila, constituyó un importante precedente nacional, **pues determinó la inconstitucionalidad de las regulaciones que prohíben de manera absoluta el aborto**. Dejó asentado que **los derechos humanos se reconocen a las personas a partir de que nacen vivas**, y que esto se sostiene porque ni la Constitución ni los tratados internacionales protegen el derecho a la vida desde la concepción. La SCJN afirmó que **el proceso de gestación solo puede protegerse mediante la garantía de los derechos de las mujeres y personas gestantes**, por lo que el derecho penal no es la vía idónea para hacerlo, pues las leyes que les imponen sanciones totales por abortar de forma voluntaria, sin otorgar algún margen para ejercer la elección de la libertad reproductiva en al menos algún periodo cercano al inicio de la gestación, inhiben en su totalidad el derecho a elegir.



En esta sentencia, la SCJN eliminó el artículo del Código Penal de Coahuila que criminalizaba el aborto de manera absoluta y un fragmento de otro artículo en el que se penalizaba al personal de salud que practicara abortos o asistiera en el procedimiento. Desde entonces, en ese estado **no se puede investigar ni condenar a nadie** por abortar de forma voluntaria o **por ayudar a otra persona a abortar**. Además, a partir de ello, a nivel nacional, ninguna persona juzgadora puede dictar sentencia por el delito de aborto cuando sea realizado por la sola voluntad de la mujer o persona gestante dentro del primer semestre de gestación. Esta sentencia de la SCJN determina que la **prohibición absoluta del aborto es violatoria de los derechos humanos y señala que el reconocimiento de estos derechos comprende tanto a las mujeres como a las personas con capacidad de gestar.**

Hasta julio de 2025, el aborto se encuentra despenalizado en las siguientes entidades federativas:

2007

Ciudad de México

2024

Puebla
Jalisco
Michoacán
Chiapas
San Luis Potosí
Zacatecas
Estado de México

2019

Oaxaca

2021

Hidalgo
Veracruz
Coahuila
Baja California
Colima

2025

Nayarit
Chihuahua
Campeche
Yucatán
Tabasco

2022

Sinaloa
Guerrero
Baja California Sur
Quintana Roo

En el caso de Aguascalientes, el 30 de agosto de 2023 la SCJN resolvió el Amparo en Revisión 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 de gestación. Sin embargo, en agosto de 2024, de manera desafortunada, el Congreso local votó por reducir la despenalización a solo seis semanas.

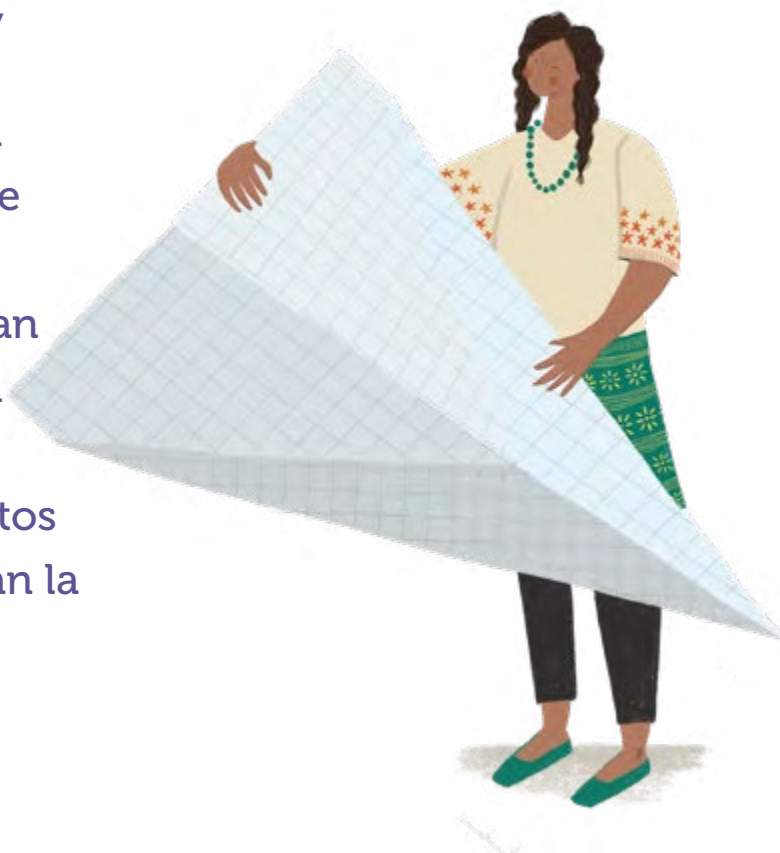
La SCJN determinó, en septiembre 2023, que el Congreso de la Unión debía eliminar las normas que criminalizaban de forma absoluta el aborto consentido en el Código Penal Federal, por ser inconstitucionales (Amparo en Revisión 267/2023).⁹ Durante 2024, tribunales colegiados en Jalisco, Nayarit y Zacatecas resolvieron amparos en revisión mediante los cuales ordenaron a los congresos locales derogar el delito de aborto autoprocurado y consentido de los códigos penales de dichas entidades. Por otro lado, la SCJN ordenó al Congreso de Yucatán derogar los artículos que criminalizaban de forma absoluta el aborto consentido en el Código Penal de la entidad. Lo mismo sucedió en Morelos en 2024, por orden de un Juzgado de Distrito; en este caso el cumplimiento aún está pendiente.

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 (en adelante, Acuerdo del ISSSTE sobre la 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 el servicio, sin importar los motivos por los cuales decida abortar, siguiendo la normativa de cada entidad. Asimismo, la institución ha publicado una lista de unidades médicas habilitadas para brindar este servicio.

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.

Regular el aborto como un servicio de salud, en lugar de hacerlo desde la perspectiva penal, promueve que no se criminalice a quienes proporcionan información, asisten o lo practican, ni a quienes tienen abortos espontáneos o toman la decisión de abortar.



6. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 24 de marzo de 2016. Puede consultarse en el siguiente enlace: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016#gsc.tab=0

7. Recomendación 1 de las *Directrices sobre la atención para el aborto*. La OMS no recomienda promulgar leyes y reglamentos que restrinjan el aborto con base en supuestos o lo prohíban por límite de edad gestacional (recomendaciones 2 y 3). Además, establece que deben eliminarse las barreras normativas, las políticas programáticas y los obstáculos prácticos que dificulten el acceso a la atención plena para el aborto y su prestación oportuna. Estas directrices contienen tres tipos de recomendaciones: en materia de legislación y políticas, de servicios clínicos y de prestación de servicios. Las recomendaciones incluidas en este documento se refieren al grupo de legislación y políticas.

8. Para mayor información sobre las acciones de inconstitucionalidad, puedes revisar nuestro documento *Paso a paso: las sentencias de la Corte sobre aborto* (2024), <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2024/06/Paso-a-paso-las-sentencias-de-la-Corte-sobre-aborto-2024.pdf>

9. Al tratarse de una resolución aprobada por unanimidad, es obligatoria para todos los jueces locales y federales. Esto implica que todas las mujeres y personas con capacidad de gestar podrán acceder a abortos en instituciones federales de salud, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM), Petróleos Mexicanos (Pemex) y el Programa Institucional de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar). Estas instituciones, así como cualquier otro organismo de salud federal, deben prestar el servicio de aborto a las personas usuarias que lo soliciten, y el personal de salud que labore en ellas no podrá ser sancionado por brindarlo.

4. Casos en que el aborto es permitido

Los códigos penales de las 32 entidades federativas y el Código Penal Federal contienen artículos que permiten practicar el aborto en distintos casos, bajo circunstancias consideradas como excluyentes de responsabilidad o causas de no punibilidad. Las primeras se refieren a los casos en los que se considera que no existió el delito de aborto a pesar de haberse llevado a cabo la conducta y, en las segundas, aunque es definido como un delito, su ejecución específica no amerita aplicar una sanción.¹⁰

Algunas de esas circunstancias son: violencia sexual, aborto imprudencial o culposo, peligro de muerte, alteraciones graves en el producto, cuestiones de salud, negación por parte de una

autoridad, negación de información y trastornos ginecológicos. Al respecto, algunas de las causales que posibilitan un mejor acompañamiento y acceso al servicio de aborto son las siguientes:

A. Cuando el embarazo es producto de violencia sexual

La Ley General de Víctimas (LGV)¹¹ establece que las **víctimas de violencia sexual tienen derecho a abortar** (artículo 35) y que **se les debe creer de buena fe**—es decir, sin sospecha de que están mintiendo— (artículo 4) cuando solicitan el servicio por ese motivo. También señala que los servicios de interrupción del embarazo en estos casos y los demás permitidos por la Ley deben ser considerados como

emergencias médicas. Además, **la NOM 046 dispone que para abortar no es necesario presentar una denuncia si el embarazo es producto de una violación**, sino únicamente entregar 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 (numeral 6.4.2.7).

Este supuesto de interrupción del embarazo no se sanciona en ninguna entidad federativa. Sin embargo, a pesar de que **el acceso al aborto por este motivo no debe estar condicionado a una edad gestacional**, algunas normas locales aún establecen limitaciones. Esto no debe ser un impedimento para acceder a la IVE, pues la SCJN ha resuelto diversos casos relacionados con el derecho de las víctimas de violencia sexual de acceder a abortos y ha establecido la inconstitucionalidad de los fragmentos de los códigos penales que imponen límites temporales.¹²

En concordancia con la LGV, la Corte ha establecido que el aborto es un derecho de las víctimas de violencia sexual. Además, ha señalado que negar el servicio médico de interrupción del embarazo causado por este tipo de violencia constituye una vulneración a los derechos humanos, en específico al derecho de las personas a no ser sometidas a tratos crueles, inhumanos y degradantes.

La Corte también ha señalado que, **establecer un plazo único y genérico para interrumpir el embarazo resultado de una violación es una forma de violencia contra las mujeres y otras personas gestantes, que vulnera su dignidad y afecta su salud psicológica;** es contrario al derecho a la igualdad y a la no discriminación, al derecho a una vida libre de violencia y al derecho a la salud. En ese sentido, acorde con la LGV, la Corte ha establecido que las solicitudes de interrupción del embarazo de víctimas de violencia sexual deben ser consideradas urgentes y atenderse de forma eficiente e inmediata, con el fin de que las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia no continúen materializándose en el tiempo.

B. Cuando existe un riesgo para la salud

Esta causal permite la interrupción del embarazo cuando existen riesgos

para la salud de la persona gestante, y también contempla las situaciones en que la persona embarazada corre peligro de muerte, puesto que se trata de un riesgo extremo de salud. Cuando solamente se permite en los casos de peligro de muerte, sin incluir los casos de riesgos para la salud, se vulnera el derecho a la salud de las mujeres y personas gestantes, entre otros derechos humanos.

Al respecto, en 2019, la Primera Sala de la SCJN estableció que **el aborto es un servicio de atención médica** previsto por la Ley General de Salud (LGS) que obliga a los servicios de salud (públicos y privados) a proveerlo en los casos de riesgo para la salud (en el Amparo en Revisión 1388/2015). Entre otras cuestiones, especificó que **el derecho a la salud no solo involucra aspectos físicos, sino también emocionales y sociales**. Dado que su ámbito normativo incluye la interrupción del embarazo en situaciones de riesgo, **los servicios**

de aborto por razones de salud deben prestarse en todas las instituciones de salud reguladas por la LGS y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

En ese sentido, un riesgo para la salud no solo implica que la vida de las mujeres o personas gestantes peligre; la práctica del aborto debe ser posible como una acción terapéutica en los casos en que el bienestar físico, mental o social pueda resultar comprometido, pues el derecho humano a la salud incluye estos tres ámbitos de bienestar y considerarlos puede evitar que el riesgo evolucione a una afectación más grave.

Si bien es una cuestión médica determinar si existe un riesgo de afectación a la salud, la decisión de afrontarlo o no corresponde de forma exclusiva a cada persona en ejercicio de sus derechos a la libertad, la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad.

Cuando una persona embarazada toma la decisión de abortar como medida para proteger su salud, todo el personal sanitario debe respetarla y abstenerse de intervenir de cualquier forma. Si existe discrepancia entre la opinión médica y la percepción de la mujer o persona gestante acerca de su propia salud, debe prevalecer esta última.¹³

Así, en la evaluación del riesgo a la salud que se corre por un embarazo, se deben considerar criterios científicos y analizar los elementos subjetivos particulares de cada persona embarazada. Solo ella puede tener una opinión informada en la decisión de cuánta afectación o riesgo de afectación de salud está dispuesta a asumir, y no debe ser obligada a soportar cargas desproporcionadas.



C. Por negativa en la prestación del servicio de aborto

La negación de servicios que solo las mujeres o personas gestantes requieren, como el de aborto, así como poner barreras para restringir su acceso, constituyen actos de discriminación. En los hechos, es común que, incluso en aquellas entidades en las que el aborto ha sido despenalizado, se niegue el acceso al servicio sin una causa justificada.

Con el objetivo de eliminar las barreras reales que obstaculizan el acceso al servicio, algunos de los códigos penales de las entidades federativas incluyen la obligación de brindar el servicio de aborto cuando ha existido una negativa injustificada para practicarlo por parte de las autoridades aun cuando está legalmente permitido. Es el caso de Baja California Sur, Colima, Guerrero y Michoacán, entidades que incluyeron dicha causal a partir de las despenalizaciones del aborto en los años 2021 (Colima), 2022 (Guerrero y Baja California Sur) y 2024 (Michoacán).

Al respecto, la SCJN ha establecido que **la negativa en el acceso al aborto —en los casos en que está permitido— supone una violación a los derechos humanos, puesto que obligar a continuar con un embarazo forzado o no deseado es equiparable a someter a la persona a tratos crueles, inhumanos o degradantes** (Acción de Inconstitucionalidad 148/2017); **además, distorsionar los proyectos de vida individuales genera afectaciones a la salud e incluso a la vida** (Amparo en Revisión 1388/2015).

10. Para más información al respecto, véase: GIRE, *Maternidad o castigo. La criminalización del aborto en México* (2018), p. 13, https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/Maternidad_o_castigo.pdf

11. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de enero de 2013; su última reforma fue el 25 de abril de 2023. Puede consultarse en el siguiente enlace: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.pdf>

12. Para conocer dichas sentencias, puedes revisar: Gire, *Paso a paso: las sentencias de la Corte sobre aborto...*

13. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, *Causal Salud, interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos* (2008), pp. 72-73, <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/152/libroCausalSalud.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

5. Obligaciones del personal de salud

A. Principios

El Lineamiento Técnico establece los principios para atender casos de aborto, por lo que cualquier servicio de esta naturaleza debe cumplir con los siguientes criterios:

Respeto y protección

Implica no obstaculizar el ejercicio del derecho a la salud de manera directa o indirecta. Es decir, no negar o restringir la atención, ni solicitar requisitos no previstos en la ley con el fin de no practicarlo, obstaculizarlo o dilatarlo.

Oportunidad en la atención

Deben existir condiciones necesarias de infraestructura, operación, recursos humanos y económicos para el servicio de aborto; además de una respuesta expedita a la solicitud de las personas usuarias para acceder al mismo y a la información pertinente en cada caso.

Igualdad y equidad

El acceso al servicio para todas las personas usuarias debe ser en condiciones de igualdad, de modo que se garantice su derecho a la salud. Para que no existan barreras a la atención se deben crear las condiciones materiales necesarias que permitan proporcionar el servicio, así como cuidar la confidencialidad y privacidad de las personas usuarias (al proteger su información y datos personales, así como su elección de vivir el proceso con o sin la compañía de una persona de su confianza).

No discriminación

Los servicios deben ser accesibles y alcanzables para todas las personas usuarias, sin ningún tipo de discriminación. Bajo este criterio, es discriminatoria la negativa a prestar servicios de salud reproductiva cuando se cubren los requisitos legales.

Seguridad

La seguridad de la persona usuaria debe anteponerse a cualquier otro aspecto y se debe contar con las instalaciones adecuadas, el equipamiento requerido y personas proveedoras capacitadas.

Buen trato

Implica brindar la atención con una perspectiva afirmativa de la experiencia y sin ningún tipo de estigmatización, es decir, de manera digna y respetuosa. El personal de salud tiene el imperativo ético de garantizar el derecho a la salud y el ejercicio de los derechos reproductivos de las personas usuarias.



B. Confidencialidad y secreto profesional

El ámbito de la confidencialidad en materia de aborto se relaciona de forma directa con la criminalización de las mujeres y personas gestantes por abortar. En ese sentido, resulta fundamental tomar en cuenta que el deber de confidencialidad es un derecho de toda persona usuaria de los servicios de salud (artículo 77, fr. X de la LGS) y se encuentra regulado en la *NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*, que reconoce que la persona usuaria es titular de los datos relativos a su identidad personal y a su padecimiento. Esta información es confidencial, lo que, conforme a la NOM, ratifica y consolida el principio ético del secreto profesional.

La NOM 004 aclara que el personal de salud solo puede proporcionar dichos datos personales a terceros cuando exista una solicitud por escrito de la persona usuaria, su tutor, representante legal o del personal médico debidamente autorizado por ellos (numeral 5.5.1) y que, en los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico debe ser manejada con discreción y confidencialidad por todo el personal (numeral 5.7). Ello se refuerza con lo señalado en el artículo 36 de la Ley de Profesiones, respecto a que toda persona profesionista está obligada a guardar el secreto de los asuntos que les confíen sus clientes, salvo en los informes requeridos por las leyes respectivas.

Además, la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados considera que los datos personales sensibles son aquellos que se refieren a la esfera más íntima de las personas, o cuya utilización indebida pueda ser motivo de discriminación o conllevar un riesgo grave para ellas, por ejemplo, la información sobre el origen racial o étnico, el estado de salud presente o futuro, la información genética y la preferencia sexual (artículo 3, fr. X). Para tratar los datos sensibles se requiere del consentimiento expreso y por escrito de las personas titulares (con las excepciones establecidas en el artículo 22); en el caso de datos de niñas y niños, se debe privilegiar el interés superior de la niñez (artículos 7 y 21).

En materia de aborto, el Lineamiento Técnico señala de manera específica que toda condición que sugiera maniobras abortivas previas debe quedar registrada en el expediente clínico —mismo que tiene carácter confidencial— y que **el personal de salud no tiene la obligación de denunciar los casos en que sospeche de la existencia de un aborto inducido**, pues la normatividad vigente protege a las personas prestadoras de servicios y a las usuarias al garantizar el secreto médico profesional (Lineamiento Técnico, pp. 46 y 55). Asimismo, el nuevo Acuerdo del ISSSTE sobre la ILE establece que tanto los datos personales como la información proporcionada por las personas usuarias con motivo de una ILE deben ser protegidos y salvaguardados bajo el principio de confidencialidad (artículo 8, fr. VI).

Es obligatorio proteger la información de las personas usuarias y garantizar su acceso a servicios de salud oportunos. La posibilidad de que la confidencialidad de dicha información sea vulnerada puede disuadirlas de buscar tratamientos adecuados y atención médica, por ejemplo, en casos de abortos incompletos o violencia sexual, lo que podría deteriorar su salud y bienestar (Lineamiento Técnico, p. 45).

El conflicto jurídico sobre si el personal de salud debería denunciar o atender su compromiso de guardar la confidencialidad de la persona usuaria se resuelve al considerar las normas y los tratados internacionales que protegen los derechos humanos a la vida, la salud, la integridad personal y la privacidad, entre otros que es necesario garantizar de forma efectiva.¹⁴

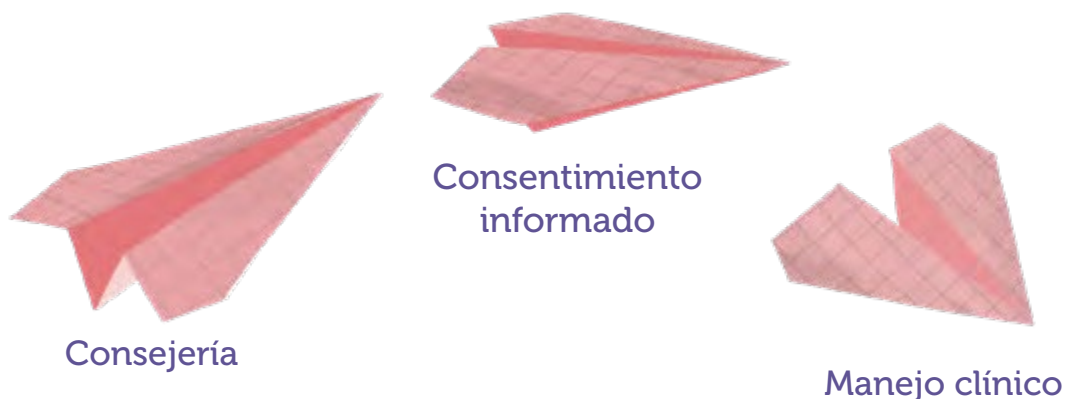
Este tipo de situaciones se ha sometido al conocimiento de diversos tribunales internacionales en materia de derechos humanos. En uno de estos casos, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) consideró necesario que todo el personal de salud adoptara un protocolo con criterios claros para asegurar la confidencialidad de la información a la que tienen acceso en razón de su profesión. Además, señaló que el acceso a servicios de salud no debe condicionarse por la presunta comisión de un delito por parte de las personas usuarias ni con el objetivo de obligarlas a cooperar en un proceso penal. En esas situaciones, el personal de salud debe abstenerse de interrogarlas con la finalidad de obtener confesiones o denunciarlas.¹⁵

Asimismo, la Corte IDH estableció que, en situaciones de emergencias obstétricas, divulgar información médica podría restringir el acceso a una atención adecuada, por lo que debe prevalecer la responsabilidad de guardar el secreto profesional. En este caso, y a partir de estas consideraciones, en la sentencia se determinó que la denuncia por parte de

la médica tratante había constituido una violación al derecho a la vida privada y a la salud.¹⁶ Esta sentencia demuestra la importancia de cumplir con el deber de confidencialidad y de guardar el secreto profesional, pues ello puede hacer la diferencia entre que se pueda acceder, o no, a la atención médica necesaria para mantener la salud.

C. Tres momentos en la atención del aborto seguro

El Lineamiento Técnico establece tres momentos en la atención del aborto seguro, a saber: **la consejería, el consentimiento informado y el manejo clínico.**



1) Consejería

Se trata de un intercambio de información, análisis y deliberación con el fin de fortalecer la autonomía de las personas en la toma de decisiones libres, conscientes e informadas sobre su salud sexual y reproductiva. Debe centrarse en las circunstancias individuales de las personas usuarias y tomar en cuenta su estado físico y emocional, así como el contexto en el que solicitan los servicios, propiciando un espacio seguro y de confianza. Se compone de cuatro elementos: **acompañamiento emocional y escucha empática; privacidad y confidencialidad; información pertinente sobre la atención antes, durante y después del procedimiento; y respeto por la decisión tomada.**

Para dar un adecuado **acompañamiento emocional** con **escucha empática** se requiere establecer buenas relaciones con las personas usuarias mediante la comunicación, la comprensión y el respeto. Es necesario preservar la **privacidad y confidencialidad** visual y auditiva en el lugar de la entrevista con el fin de generar seguridad y confianza. Durante todo el proceso (antes, durante y después), es preciso proporcionar **información pertinente** sobre las alternativas y procedimientos considerados en la atención (opciones de aplicación, duración, manejo del dolor, síntomas, signos de alarma y servicios disponibles en casos de emergencia), con el fin de que las personas usuarias puedan tomar sus propias decisiones de manera libre e informada. Finalmente, es indispensable **respetar la decisión** tomada, cualquiera que esta sea, asegurándose que se asuma sin coacción alguna.

2) Consentimiento informado

Guarda relación con la consejería, y constituye un proceso cuyo objetivo es garantizar que la persona sea dueña efectiva de sus decisiones; con él se reconoce la autonomía de las personas para asumir una responsabilidad activa en el ejercicio del derecho a la salud.¹⁷ **Es el proceso mediante el cual una persona profesional de la salud comunica a la persona usuaria los riesgos, los beneficios y las alternativas de una acción, tratamiento o servicio** en particular, y la manera de formalizarlo es mediante un documento en el cual la persona usuaria de los servicios de salud decide aceptar de forma voluntaria un procedimiento médico.¹⁸

Para ello —como ya se estableció— es necesario que el personal de salud brinde consejería y resuelva las dudas sobre el tema antes de solicitar la firma del documento por parte de la persona usuaria (e incluso después de ello) y que se le proporcione en un formato y ambiente que favorezca la comprensión de la información. Las personas usuarias tienen el derecho de aceptar o rechazar los procedimientos propuestos por el personal médico.¹⁹

Para ser pleno e informado, el **consentimiento debe otorgarse de manera previa, libre y voluntaria**. Es decir, solo después de que la persona usuaria haya recibido información veraz acerca de todos los métodos, riesgos, beneficios y la efectividad de un procedimiento específico, y de que tome una decisión de manera autónoma y sin presiones de ningún tipo; sin que su firma se utilice como condición para acceder a otros procedimientos o para obtener beneficios; sin mediar coerciones, amenazas o desinformación, y sin haber sufrido discriminación.²⁰

Al incumplir con alguno de estos elementos, el consentimiento otorgado por la persona usuaria, aun cuando conste por escrito y esté firmado, no se considerará debidamente informado. **Se trata tanto de un derecho de las personas usuarias como de una exigencia ética y legal para el personal de salud.**²¹

3) Manejo clínico

De conformidad con el Lineamiento Técnico, durante el primer trimestre de gestación, el aborto puede autogestionarse de manera segura. Para su manejo durante el segundo trimestre de gestación, el mismo documento recomienda que la atención sea dentro de una unidad de salud, bajo la supervisión de personal disponible y capacitado.

Hasta antes de las catorce semanas de gestación, el aborto puede practicarse con fármacos y por aspiración. Posterior a este periodo, el Lineamiento Técnico recomienda la dilatación y evacuación en un entorno clínico supervisado. Además, **señala que el legrado uterino instrumental es un método obsoleto 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). En este sentido, advierte que su uso es injustificado y debe evitarse.²²





D. Obligaciones específicas en casos de aborto inducido (por voluntad de la mujer o persona gestante y por causales)

La atención del aborto requiere realizar determinadas acciones con el fin de que este sea seguro, se brinde en condiciones de calidad y se atiendan las necesidades específicas de las mujeres y personas gestantes tomando en cuenta su situación de salud y condiciones de vulnerabilidad. Por ello, se debe observar lo siguiente:

- Brindar la atención de aborto seguro en condiciones de calidad.
- Seguir los criterios de respeto y protección; oportunidad en la atención; confidencialidad, igualdad y equidad; no discriminación; seguridad y buen trato.
- Cumplir con la consejería.
- Cumplir con los requerimientos del consentimiento informado.
- Tratándose de niñas y adolescentes, en ámbito de la salud reproductiva, la consejería debe identificar necesidades y resolver posibles dudas de manera amigable, clara, comprensible e imparcial. **Las personas adolescentes pueden ser acompañadas por sus progenitores, tutores o representantes legales o elegir prescindir de dicho acompañamiento;** lo que debe constar por escrito. Esta decisión debe ser respetada.²³
- **No imponer plazos de espera desproporcionados** entre la solicitud del servicio y su otorgamiento (recomendación 6 de las Directrices de la OMS).
- Practicar el aborto en el caso en que la vida de las mujeres y personas gestantes peligre (recomendación 2b, fr. II de las Directrices de la OMS).

- Tratándose de **abortos en evolución, dar atención inmediata con el carácter de urgencia obstétrica y no exigir plazos en la edad gestacional.**
- **Valorar los casos en que el bienestar físico, mental o social de las personas usuarias resulte comprometido y actuar en consecuencia** para evitar que el riesgo evolucione hacia una afectación más grave (Amparo en Revisión 1388/2015).
- Proporcionar a las personas usuarias toda la información necesaria respecto a los posibles riesgos de salud para que, de acuerdo con el consentimiento informado, decidan la afectación o riesgo de afectación que están dispuestas a asumir (Amparo en Revisión 1388/2015).
- **No obligar a las personas usuarias a asumir cargas desproporcionadas respecto de sus posibles riesgos de salud** (Amparo en Revisión 1388/2015).
- Para identificar el riesgo que un embarazo puede suponer, debe tenerse en cuenta que el derecho al más alto nivel posible de salud implica asumir que los estándares de bienestar varían de una persona a otra y que el derecho se vincula a la autonomía, por lo que esos estándares deben definirse por las personas usuarias, al tratarse de servicios que ellas necesitan (Amparo en Revisión 1388/2015).

E. Obligaciones específicas en casos de aborto por violencia sexual

Tratándose de embarazos que son producto de alguna forma de violencia sexual, es obligación del personal de salud de todas las entidades federativas garantizar el derecho a acceder a un aborto. En estos casos, además del deber de observar las obligaciones señaladas en el apartado anterior, se requiere de acciones específicas por parte del personal de salud, derivadas de las necesidades concretas de las víctimas, a saber:

- Proporcionar atención inmediata a las niñas, mujeres y personas gestantes, **sin exigir condiciones para su admisión** (LGV y NOM 046, numerales 6.4.2.7 y 6.7.2.9) y sin revictimizarlas (artículo 8, fr. VII, Acuerdo del ISSSTE sobre la ILE).
- La atención médica debe incluir la promoción y protección de la salud física y mental y procurar su restauración al grado máximo posible a través del tratamiento, la rehabilitación o la referencia a instancias especializadas (NOM 046, numeral 5.2).
- Proporcionar consejería, seguimiento, orientación y acompañamiento (NOM 046, numerales 4.5 y 6.4.2.6).
- Garantizar la atención en cualquier momento, **sin importar la edad gestacional** (NOM 046, numeral 6.7.2.9, precedentes de la SCJN y recomendación 2b, fr. II de las Directrices de la OMS).
- Garantizar los servicios de anticoncepción de emergencia y de interrupción voluntaria del embarazo (LGV, artículo 35 y NOM 046, numerales 6.4.2.3 y 6.7.2.9).
- Garantizar la práctica periódica de exámenes y tratamiento especializado durante el tiempo necesario para su total recuperación (LGV, artículo 35).

- Garantizar el seguimiento de eventuales contagios de infecciones de transmisión sexual y del virus de inmunodeficiencia humana (LGV, artículo 35).
- **Prestar el servicio sin condicionar al requisito de que se presente una denuncia o se cuente con la autorización de una autoridad (ministerio público, comité de ética u otra)** (Lineamiento Técnico, p. 24, precedentes de la SCJN y recomendaciones 2b, fr. V y 7 de las Directrices de la OMS).
- **Prestar el servicio sin verificar o exigir que se compruebe que el embarazo es producto de violencia sexual; limitarse a recibir la declaración bajo protesta de que dicho embarazo fue producto de esa causa** (NOM 046, numeral 6.4.2.7).
- Otorgar la atención a las niñas a partir de los 12 años, **sin condicionarlas a que estén en compañía o tengan una autorización de su madre, padre o tutor** (recomendación 7 de las Directrices de la OMS; NOM 046, numeral 6.4.2.7 y Lineamiento Técnico, p. 35).²⁴
- Informar a la víctima que tiene derecho a denunciar los hechos de violencia, así como de acudir a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV), a las comisiones ejecutivas de las entidades federativas y a los centros de apoyo disponibles (NOM 046, numeral 6.6.1). Esto, en pleno respeto de su autonomía y sin ejercer presión de ningún tipo sobre la presentación de la denuncia.
- Dar aviso al ministerio público sobre la existencia de **violación, violencia y/o maltrato sexual, más no del aborto. Cabe precisar que, el motivo para el aviso es la violencia sexual de la que ha sido víctima la persona usuaria y no equivale a una denuncia del aborto en sí mismo, por lo que no debe condicionar su atención** (Lineamiento Técnico, pp. 24 y 35). Esta es una obligación para todo el Sistema Nacional de Salud.
- No implementar mecanismos —ni políticas internas— que impidan que las víctimas de violencia sexual que lo soliciten accedan a la interrupción del embarazo (SCJN).
- Brindar atención en un clima de confianza, sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando la confidencialidad (NOM 046, numeral 6.2.1.2).

14. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, *Causal Salud...*, p. 66
15. Corte IDH, Caso Manuela y otros vs. El Salvador, “Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 2 de noviembre de 2021”, párr. 287, https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_441_esp.pdf
16. Corte IDH, *Caso Manuela...*, párr. 224.
17. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Lineamiento Técnico...*, p. 52
18. GIRE, *Marco normativo en materia de consentimiento informado para los procedimientos de anticoncepción permanente. Información para el personal de salud* (2020), https://saludreproductiva.gire.org.mx/wp-content/uploads/2022/11/ci_procedimientos_anticoncepcion.pdf
19. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud en Materia de Salud Mental y Adicciones. Diario Oficial de la Federación, 16 de mayo de 2022, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5652074&fecha=16/05/2022#gsc.tab=0
20. GIRE, *Marco normativo en materia de consentimiento informado...*
21. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Lineamiento Técnico...*, p. 52
22. El manejo clínico en la atención se refiere a cuestiones técnicas médicas ajenas a la temática de este documento. Para profundizar en esa información, puede consultarse el Lineamiento. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Lineamiento Técnico...*, p. 54.
23. NOM-047-SSA2-2015, *para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad*, Diario Oficial de la Federación, 12 de agosto de 2015, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12%2F08%2F2015#gsc.tab=0
24. El Lineamiento Técnico tiene una perspectiva sobre las juventudes que considera que la que niñas y adolescentes gozan de una autonomía progresiva, sustentada en la libertad individual y la capacidad de regulación del disfrute y ejercicio de sus derechos y obligaciones; lo que se vincula con el derecho humano al más alto nivel posible de salud sexual y reproductiva y supone el respeto a las decisiones informadas y libres, de acuerdo con la madurez de cada persona adolescente. Asimismo, las Directrices de la OMS señalan que los Estados deben reconocer la evolución de las niñas y adolescentes, así como su capacidad asociada para tomar decisiones que afecten su vida (p. 48). Esta situación debe ser considerada también tratándose de la consejería y del consentimiento informado, tomando en cuenta lo establecido en la NOM-047-SSA2-2015.

6. Objeción de conciencia y aborto

La objeción de conciencia implica que las personas pueden elegir de manera libre sus creencias de acuerdo con sus ideas y convicciones; se fundamenta en el derecho a la libertad de conciencia y religión establecido en el artículo 24 de la Constitución. Por lo tanto, a causa de las convicciones personales, morales o religiosas, y de forma excepcional, las personas pueden negarse a cumplir con una obligación establecida en las disposiciones legales. En el ámbito de la salud, esto se manifiesta como la posición individual del personal médico o de enfermería cuando debe realizar de forma directa un procedimiento de salud.

La OMS ha recomendado a los Estados regular la objeción de conciencia para proteger el acceso integral al servicio de aborto, pero puntualiza que **esta no debe ejercerse en situaciones urgentes o emergencias, ni puede impedir el acceso a este servicio**. Para dicha Organización, cuando no se regula la objeción de conciencia de manera que se respeten, protejan y cumplan los derechos de las personas solicitantes de aborto, su ejercicio es indefendible. En ese sentido, lo prioritario es ofrecer las mejores prácticas clínicas internacionales y proteger a las personas que soliciten este servicio, de modo que debe garantizarse que el ejercicio de la objeción de conciencia del personal de salud no sea un obstáculo para acceder al aborto seguro.

Bajo esa perspectiva, la LGV señala que se debe garantizar el acceso a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo para las víctimas

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 (Amparo en Revisión 1388/2015).

de violencia sexual y de otras conductas que afecten su integridad física o psicológica, **y que la interrupción del embarazo causado por violencia sexual se considera un servicio de emergencia médica.** Además, la NOM 046 establece la **obligación de las instituciones públicas de atención médica de contar con personal dispuesto, capacitado y disponible para brindar servicios de salud, incluido el aborto, a víctimas de violencia sexual.** Dicha norma especifica que, en caso de que en determinado momento las instituciones no puedan prestar el servicio de aborto de manera oportuna y adecuada o no cuenten con el personal requerido, deben referir a las personas usuarias a otra institución que sí pueda atenderlas.

Al respecto, la SCJN ha establecido 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. Asimismo, determinó que el Estado tiene la obligación de garantizar su acceso.

Cabe precisar que **la objeción de conciencia no es absoluta, por lo que no puede invocarse en cualquier caso ni bajo cualquier modalidad.**²⁵ Para que su reglamentación y ejercicio sean válidos es necesario que se ciña 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. Además, la SCJN ha establecido que las instituciones de salud públicas y privadas deben **contar en todo momento con personal dispuesto, capacitado y disponible** que realice los procedimientos solicitados por las personas usuarias y no tienen la opción de referirlas a otra unidad médica, lo cual amplía el precepto establecido en la NOM 046. En este

sentido, el artículo 23 del Acuerdo del ISSSTE sobre la ILE establece que las unidades médicas del instituto deberán contar con suficiente personal de salud no objetor de conciencia, con la finalidad de garantizar la prestación del servicio de aborto voluntario.

Con el objetivo de proteger los derechos de las mujeres (y otras personas con capacidad de gestar) reconocidos en la Constitución y en las leyes sanitarias del país, en tiempo, con calidad y sin discriminación, el Estado tiene la obligación de garantizarlos de la siguiente manera:

- Contar en todo momento con personal suficiente, disponible y capacitado, que garantice el derecho a la salud.
- **Solo el personal involucrado de manera directa en el procedimiento puede objetar conciencia, y con la limitante de hacerlo en un plazo breve para que sea procedente.**
- La objeción de conciencia no es válida cuando está en riesgo la vida de la persona usuaria ni en los casos en que exista una emergencia médica (como en los casos de interrupción del embarazo por violencia sexual); tampoco es válida cuando implica un riesgo para la salud o 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.
- No es posible objetar por motivos discriminatorios; por ejemplo, por preferencia sexual, raza, etnia, etc.

La objeción de conciencia no debe, por ningún motivo, restringir o violar los derechos humanos de otras personas, por lo que no puede ser invocada por parte del personal de salud para obstaculizar el acceso a servicios como el aborto.

25. Así se explica en la Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, presentada en contra del artículo 10 bis de la Ley General de Salud, que establecía límites poco claros en el ejercicio de la objeción de conciencia.

7. Condiciones necesarias para la provisión del aborto seguro

Con el objetivo de que el personal de salud pueda cumplir con sus obligaciones en materia de aborto, y en virtud de que presta un servicio de salud, existen condiciones institucionales y estatales que aseguran que pueda desempeñar su labor de forma adecuada.

Por ejemplo, el personal de salud que atienda a personas usuarias involucradas en situaciones de violencia sexual debe recibir **sensibilización, capacitación periódica y actualización en la materia** (NOM 046, numeral 6.7.1 y artículo 9 del Acuerdo del ISSSTE sobre la ILE), **así como el apoyo adecuado** para prestar una atención competente (Directrices de la OMS, p. 19).

Por otra parte, debe poder **desempeñar sus responsabilidades sin sufrir discriminación por su decisión ética y profesional de prestar servicios de consejería y atención del aborto seguro** (Lineamiento Técnico, p. 39). Debe asegurarse que ni las autoridades ni los particulares hostiguen a las personas que prestan servicios de interrupción del embarazo, para lo cual, como lo estableció la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su *Segundo informe sobre la*

*situación de las defensoras y los defensores de derechos humanos en las Américas (2011),²⁶ el Estado debe adoptar todas las medidas necesarias para **evitar que el personal de salud sea sometido a investigaciones o procesos judiciales** por desempeñar dicha labor.*

Como lo ha establecido la OMS en sus Directrices, se deben eliminar las disposiciones legales que penalizan a las personas profesionales médicas que prestan estos servicios. Al respecto, la SCJN ha señalado en diversos precedentes, y como resultado de la despenalización del aborto a nivel federal, **que el personal de salud tiene derecho a no ser juzgado ni sancionado por realizar o coadyuvar en la realización de un aborto.** Tomando en cuenta que brindan un servicio de salud, castigar el actuar de quienes procuran un aborto con el consentimiento de la mujer o persona gestante es inconstitucional (igual que lo es sancionar a la mujer o persona gestante) (Amparo en Revisión 267/2023). Asimismo, la Corte ha establecido que inhabilitar al personal de salud del ejercicio de su profesión por estas razones tiene un efecto discriminatorio en quienes practican interrupciones del embarazo. Así, la despenalización del aborto también implica que el personal de salud deje de ser estigmatizado y criminalizado.

8. A modo de cierre

Como parte del personal de salud, es posible contribuir a la reducción del número de abortos inseguros y a que las personas usuarias que deseen acceder a estos servicios reciban una atención de calidad, integral y libre de discriminación. Esto es esencial para garantizar el derecho a la salud y a la libertad reproductiva de las mujeres y personas gestantes.

Esperamos que, sin importar la entidad federativa en la que te encuentres, este material sirva para aclarar los aspectos que pudieran resultar confusos de la normatividad vigente y que brinde más claridad sobre cómo desarrollar las obligaciones en la materia y colaborar en la promoción y el respeto de la autonomía reproductiva de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Con ello es posible contribuir de manera importante a que accedan a los servicios de salud a los que tienen derecho, como el aborto.





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: julio 2025.

