



Cómo se vive la criminalización



Cómo se vive la criminalización

1.	Introducción	5
2.	Metodología	6
3.	El estigma y el acceso al aborto	9
4.	¿Cómo se ve el estigma sobre el aborto en los servicios médicos?	12
	Imposición de los hechos	14
	Negligencia médica	16
	Mantener en estado de incertidumbre	18
	Distorsión de la información clínica	20
	Activación de procesos penales	22
	Vulneraciones al debido proceso	24
5.	El protocolo de criminalización	26
	Escenarios de atención médica	30
	Creación de culpa	32
	Creación de defensa	33
6.	Para concluir	34



1. Introducción

En este reporte encontrarás información sobre las diversas formas en que se manifiesta la criminalización del aborto. **Se abordan los estigmas que persisten en los entornos de atención médica** —resultado de marcos normativos, prácticas institucionales y contextos socio-culturales— y se explica cómo es que la inclusión del aborto en los códigos penales impacta en la vida de las mujeres y personas gestantes.

A partir del **análisis de casos acompañados por GIRE**, se muestra que esta criminalización no se limita a la apertura de carpetas de investigación ni al sistema de justicia penal.¹ Aquí, podrás explorar cómo el considerar al aborto como un delito, incluso cuando no deriva en procesos penales formales, produce repercusiones sociales, institucionales y comunitarias que obstaculizan el acceso a la salud, refuerzan prejuicios y generan prácticas discriminatorias.

Además, se presentan las distintas formas de criminalización, tanto directas como indirectas, y los mecanismos mediante los que el estigma se transforma en vigilancia, produce miedo e impone barreras estructurales para el ejercicio de derechos.

1. Para más información, consultar:

<https://abortomexico.gire.org.mx/preguntas-mitos/con-la-despenalizacion-parcial-se-termina-la-criminalizacion/>

2. Metodología

Este estudio se basó en **expedientes de casos de mujeres acompañadas por GIRE**, en particular en las notas registradas por las personas acompañantes desde el inicio hasta el cierre de cada caso. A partir de un análisis cualitativo de estos materiales, se identificaron patrones y dinámicas recurrentes que evidencian cómo operan la criminalización y el estigma dentro de los servicios de salud.

Con el apoyo de un software de análisis cualitativo, se elaboró un listado inicial de observaciones que, a medida que avanzaba el proceso, permitió reconocer temas emergentes. Esto hizo posible identificar las prácticas relacionadas con la criminalización que se desarrollan más adelante —la imposición de los hechos, la negligencia médica, el mantener en estado de incertidumbre, la distorsión de la información clínica, la activación de procesos penales y las vulneraciones al debido proceso—, así como los fenómenos de creación de culpa y creación de defensa.

En conjunto, estos hallazgos permitieron definir lo que **GIRE denomina protocolo de criminalización**, es decir, dinámicas institucionales, articuladas a partir del estigma del aborto como delito, que afectan tanto a las personas usuarias como a sus acompañantes. Este enfoque no solo permitió comprobar que el estigma se refleja en prácticas concretas en la atención médica, con impactos directos en quienes acuden a los servicios de salud; puso también en evidencia un fenómeno más amplio de criminalización social. **Si bien, debido a las características de los casos revisados, los servicios de atención médica aparecen como los escenarios donde estas prácticas se observan, debe reconocerse que no son los**

únicos ámbitos en los que se reproducen. El hogar, la familia y la comunidad también son entornos en los que persisten formas de juicio, control y discriminación que refuerzan y perpetúan estos patrones.

En otros países de Latinoamérica se han desarrollado investigaciones con un enfoque similar al que aquí se presenta; por ejemplo, *La crueldad hecha rutina: Criminalización del aborto en Perú, 2012-2022*, *La criminalización por aborto y otros eventos obstétricos en la Argentina*, *La criminalización del aborto en Colombia*, y *Del hospital a la cárcel. Consecuencias para las mujeres por la penalización sin excepciones de la interrupción del embarazo en El Salvador, 1998-2019*.² Así, este estudio se inscribe en un esfuerzo regional por documentar la criminalización del aborto, y muestra que los patrones aquí identificados no son excepcionales, sino fenómenos que se repiten de manera consistente en distintos contextos latinoamericanos.

2. Proyecta Igualdad, *La crueldad hecha rutina: Criminalización del Aborto en el Perú 2012-2022* (2025),

<https://saludsinmiedosperu.proyectaigualdad.org/>

Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, et al., *La criminalización por aborto y otros eventos obstétricos en la Argentina* (2020),

<https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1342/La-criminalizaci%C3%B3n-por-aborto-y-otros-eventos-obst%C3%A9tricos-en-la-Argentina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, *La Criminalización del Aborto en Colombia* (2021),

<https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2024/04/La-criminalizaci%C3%B3n-del-aborto-en-Colombia-LaMesa.pdf>

Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto en el Salvador, *Del hospital a la cárcel. Consecuencias para las mujeres por la penalización sin excepciones de la interrupción del embarazo en El Salvador. 1998-2019* (2019),

<https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1350/Del%20Hospital%20a%20la%20Carcel-1998-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>





**Cuando
el estigma
se apodera
de ti...**

3. El estigma y el acceso al aborto

Cuando el estigma se apodera de ti, tu mirada cambia sin que te des cuenta. Entrás a la consulta con la bata bien puesta y años de formación detrás, pero algo más —que no proviene de los libros de medicina— se cuela en tus decisiones. La sola presencia del aborto en los códigos penales actúa como una sombra difusa y persistente, capaz de modificar las prácticas médicas sin necesidad de un expediente legal de por medio o en miras de hacerlo.

De pronto, la práctica médica ya no se limita al cuidado, el acompañamiento y el criterio clínico, sino que se mezcla con temores, prejuicios y dudas que aprendiste a asumir. Así, el estigma transforma una necesidad de salud —el aborto— en un terreno de culpa y sospecha. Hace que preguntes distinto, que dudes más, que adoptes una actitud de vigilancia constante, aun en los espacios donde el aborto está permitido.

Ni siquiera hace falta que exista una carpeta de investigación; el solo hecho de que el aborto figure como delito contamina la consulta, altera la relación con las personas que buscan atención y erosiona la confianza que debería guiar cada decisión clínica. Cuando el estigma se instala en la práctica médica afecta a quienes necesitan del servicio y también trastoca la manera en que el personal de salud entiende su propio deber de cuidar.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación, al resolver la Acción de Inconstitucionalidad 148/2017, reconoció que prohibir el aborto de manera absoluta vulnera los derechos humanos de las mujeres y personas gestantes.

¿Cómo se relaciona el estigma con la tipificación del aborto en el código penal?

El estigma no comienza cuando se abre una carpeta de investigación —es decir, cuando se hace una acusación formal ante una institución de justicia—, sino mucho antes. Surge de la manera en que la ley, en particular la regulación penal, define el aborto y establece condiciones para su acceso. Si bien en México el aborto está despenalizado en tres cuartas partes del país, esto se limita a cierto número de semanas o a causales específicas, y si la persona que aborta no cumple con los criterios vigentes en su entidad —aunque su necesidad de atención médica sea la misma— la ley sanciona su decisión. Esa frontera legal, difusa y muchas veces desconocida para quienes buscan atención, genera miedo, duda y autocensura.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación, al resolver la Acción de Inconstitucionalidad 148/2017, reconoció que prohibir el aborto de manera absoluta vulnera los derechos humanos de las mujeres y personas gestantes.³ En su sentencia, explicó que la penalización total del aborto



voluntario anula el derecho a decidir, el cual comprende desde la educación sexual integral hasta la posibilidad de continuar con un embarazo o interrumpirlo en las mejores condiciones disponibles.

Cuando el aborto se considera como un delito antes que como un servicio de salud esencial, los efectos de la criminalización aparecen de forma anticipada. Las consecuencias de incluirlo en la normativa penal se manifiestan aun cuando no existe un proceso jurídico formal. Estos efectos pueden reconocerse, por ejemplo, cuando una persona llega a un hospital y teme ser juzgada, denunciada o interrogada; cuando un profesional de salud duda sobre brindar una atención completa por miedo a involucrarse en un delito o cuando el simple hecho de pedir información sobre el servicio se vive como un riesgo.

De esta manera, el estigma que deriva del marco penal se convierte en una barrera para acceder al aborto, pues interviene en la atención desde antes de que se lleve a cabo una valoración clínica. En la siguiente sección se abordan los componentes del estigma: la manera en que se construye, se reproduce en instituciones y comunidades y moldea la experiencia de quienes buscan ejercer su derecho a la salud reproductiva.

3. Si quieres conocer más sobre esta resolución de la Corte, visita: GIRE, *Paso a paso: las sentencias de la Corte sobre aborto*, 2a edición (2025), https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2025/10/%E2%88%9A2025_09_01_SENTENCIAS_ABORTO_ESP.pdf

4. ¿Cómo se ve el estigma sobre el aborto en los servicios médicos?

El estigma no tiene rostro; se expresa en las acciones, decisiones y juicios de valor del personal de salud frente a las personas a las que brinda atención. En los casos analizados por GIRE se identificaron distintos tipos de prácticas que no siempre derivan en la apertura de una carpeta de investigación, pero que sí convierten la atención médica en un espacio de persecución y criminalización. Acciones como imponer una versión de los hechos, incurrir en negligencia médica, mantener a la persona usuaria en un estado de incertidumbre o distorsionar la información clínica conforman lo que GIRE llama la **criminalización simbólica**; se trata de prácticas que no tienen consecuencias legales directas, pero que provocan profundos sentimientos de culpa, vigilancia y desprotección. Por otro lado, el inicio de un proceso judicial y las vulneraciones al debido proceso constituyen la **criminalización penal**, que es el rostro más contundente de la persecución institucional. A continuación se explica cómo se manifiestan estas formas de criminalización en los servicios médicos y se reconstruyen testimonios que ilustran cómo se viven estas experiencias.

Acciones como imponer una versión de los hechos, incurrir en negligencia médica, mantener a la persona usuaria en un estado de incertidumbre o distorsionar la información clínica conforman lo que GIRE llama la criminalización simbólica.



Imposición de los hechos

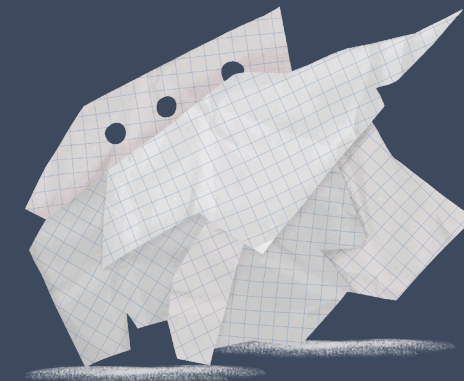
Esta forma de criminalización simbólica ocurre cuando el personal de salud asume, sin evidencia clínica ni diálogo con la persona usuaria, que se llevó a cabo una conducta delictiva relacionada con el aborto. Es una práctica que surge del estigma y lleva a que el personal de salud interprete cualquier síntoma, complicación o antecedente como prueba de un aborto inducido, incluso cuando se trata de una situación distinta, como un aborto espontáneo o el consumo de medicamentos sin la intención de interrumpir el embarazo.

Bajo esta lógica, el personal arma una narrativa de culpa antes de hacer una valoración médica completa. Si la persona dice que tomó una pastilla para el dolor, se presume que fue misoprostol; si presenta sangrado, se asume que es producto de una acción deliberada. Esta imposición convierte a la consulta en un espacio de sospecha, en lugar de uno de cuidado, y marca a la persona usuaria como “responsable” de un delito sin que exista evidencia.

La imposición de los hechos no solo incide en la atención médica, sino que prepara el terreno para otras repercusiones, como los interrogatorios, la negación de servicios, las amenazas y otras prácticas que vulneran la dignidad y la salud de las personas. Se trata de una forma temprana de criminalización.



Cuando llegué al hospital, sentí que desde el primer momento el personal ya había decidido qué me había pasado. Aunque solo había tomado un diclofenaco, estaban seguros de que había usado pastillas para abortar y comenzaron a tratarme como si hubiera cometido un delito. No me atendieron, me acusaron y llamaron a la Fiscalía, que mandó agentes que me interrogaron de forma insistente y agresiva. Me sentí culpada por algo que no era cierto. //



Negligencia médica

Es una práctica de criminalización simbólica que se manifiesta cuando, ante la sospecha de que fue realizado un aborto, el personal de salud retrasa, niega o brinda de manera incompleta la atención que una persona requiere. No se trata de un descuido aislado, sino de una respuesta institucional atravesada por prejuicios y por la idea, socialmente arraigada, de que ciertas conductas deben ser castigadas. Como resultado, la persona usuaria queda en una situación de vulnerabilidad y desprotección.

En estos casos, el personal de salud realiza acciones como minimizar los síntomas, retrasar intervenciones necesarias, negar analgésicos, hacer comentarios moralizantes o ejercer tratos degradantes. Así, la sospecha de un aborto inducido funciona como justificación informal dentro del entorno institucional para brindar una atención deficiente, contraria a la ética médica.

La negligencia médica puede presentarse aunque no existan pruebas de un aborto inducido ni denuncias formales y, aun así, causar daños graves. Cuando el estigma interviene, el derecho a la salud queda subordinado a los juicios morales o supuestos legales del personal de salud, por lo que la calidad de la atención deja de depender de forma exclusiva de las necesidades médicas de las personas.



Llegué al hospital muy asustada por mi hemorragia, pero el personal me dejó esperando durante horas sin aliviar mis síntomas. Pasó casi un mes antes de que me dieran una cita en ginecología, y fue una familiar la que logró que por fin me atendieran. Antes del procedimiento, me dejaron sin comer por casi treinta horas. Después, cuando todavía estaba en recuperación, me interrogaron. Parecía que todo era a propósito, como si me mereciera ser tratada así por lo que creían que había hecho. //

Mantener en estado de incertidumbre

Esta forma de criminalización simbólica se presenta cuando la información sobre el estado de salud de la persona usuaria se retiene, distorsiona o transmite de manera fragmentada, lo que genera confusión y angustia tanto en ella como en sus familiares. Esta práctica se sostiene en el estigma y en la sospecha de que fue realizado un aborto inducido, y provoca que la comunicación —pilar fundamental de la atención médica— deje de cumplir su función de orientar y acompañar el proceso clínico.

En lugar de ofrecer explicaciones claras sobre el diagnóstico, los riesgos o los pasos a seguir, la información que se proporciona suele ser insuficiente, contradictoria o errónea. Esto puede suceder incluso en situaciones de emergencia, cuando la persona llega con complicaciones graves, ya sea por el uso incorrecto de misoprostol o por un aborto espontáneo que requiere atención inmediata. La situación de incertidumbre por no entender bien qué ocurre, ni qué decisiones se están tomando en relación con su salud incrementa el miedo y la vulnerabilidad de las personas usuarias y refuerza su percepción de estar recibiendo un trato que no responde a sus necesidades clínicas.

Mantener a la persona usuaria y a su entorno en este estado de desinformación incrementa los riesgos médicos y emocionales, por lo que constituye una forma de violencia institucional. En contextos de atención médica, la sola omisión de información puede convertirse en una herramienta de control que profundiza la desconfianza y el sufrimiento en momentos de extrema vulnerabilidad.



Los días en que estuve en el hospital nadie me explicó bien qué tenía, aunque me hicieron muchos estudios y preguntas. A mi familia le dieron versiones distintas: algunas personas decían que todo iba a estar bien y otras insinuaban que el medicamento que me había tomado era peligroso, casi como un veneno. No sabíamos qué esperar. Cuando mi acompañante volvió para pedir la cita de seguimiento, primero la atendieron bien, pero cuando se dieron cuenta de que era para mí la regañaron y le dijeron que yo misma debía presentarme, supuestamente por una urgencia, pero sin explicar cuál. Al final solo le dieron una fecha lejana para la cita, ignorando la supuesta “urgencia” que habían mencionado, y dejándonos otra vez sin respuestas claras. //

Distorsión de la información clínica

Esta forma de criminalización simbólica ocurre cuando el expediente de la persona usuaria no refleja la realidad de su caso, ya sea por prácticas clínicas normalizadas, errores de registro o interpretaciones atravesadas por estigmas relacionados con el aborto. Un ejemplo frecuente es el aumento de la semana gestacional que se registra. Aunque no siempre es posible saber si esta variación es intencional o responde a procedimientos rutinarios, sus efectos son significativos, pues tiene una carga simbólica y moral que transmite la idea de que la persona usuaria enfrentó un escenario “más grave” de lo que fue en los hechos.

Esta alteración se presenta en entidades federativas con marcos legales que limitan el aborto a determinados plazos. En ese contexto, cada semana adicional aumenta la responsabilidad jurídica y alimenta percepciones sociales de culpabilidad, lo que favorece tratos más restrictivos y estigmatizantes.

En estos casos, lo central no es comprobar la exactitud del dato, sino reconocer que, cuando el modelo legal se basa en plazos, modificar esa información —sea o no de manera intencional— tiene efectos que inciden en la atención médica. **La distorsión de la información convierte un dato clínico en un instrumento de estigma, refuerza una narrativa delictiva y alimenta la criminalización en un espacio que debería regirse por criterios de salud y no por juicios morales o penales.**

//

Cuando llegué con dolor, primero me dijeron que el embarazo tenía un poco más de trece semanas, luego me dijeron que eran catorce y al final fueron dieciocho. Cada que aumentaban la cifra parecía que todo se complicaba. A mi mamá le hicieron firmar documentos sin explicarle nada, y cada vez me hacían sentir más culpa y confusión. //

Activación de procesos penales

La activación de procesos penales es la expresión más visible y agresiva de la criminalización del aborto. A diferencia de otras formas más sutiles o simbólicas, esta ocurre cuando la sospecha de que se realizó un aborto inducido activa la intervención del sistema de justicia: se notifica al ministerio público, se abre una carpeta de investigación y el hospital deja de funcionar como un espacio de atención para convertirse en la antesala de un proceso penal.

En estos casos, la persona que acude al hospital en busca de atención —muchas veces en condiciones de dolor, sangrado o emergencia— deja de ser tratada como usuaria y pasa a considerarse una presunta culpable. Se han documentado situaciones extremas en las que, aún en estado de vulnerabilidad o con sedación, las usuarias son esposadas a la camilla, vigiladas por personal policial en las áreas de hospitalización o interrogadas sin contar con acompañamiento legal. Es decir, la prioridad no es su estado de salud, sino la recopilación de información o pruebas para sustentar un posible delito, incluso cuando este no existe.

La criminalización penal lleva a procesos judiciales y a sanciones penales, pero su impacto comienza mucho antes. Inicia en el momento en que se activa una lógica punitiva dentro de un espacio que debería garantizar el cuidado, la confidencialidad y la dignidad. Se trata de la manifestación más evidente y devastadora del estigma sobre el aborto, aquella en la que la criminalización abandona toda sutileza y se materializa en procedimientos policiacos, restricciones de la libertad y consecuencias penales que marcan de por vida a quienes buscaban atención médica.



Tres años después de haber ido al hospital me enteré de que había una acción penal por aborto en mi contra y tenía una orden de aprehensión. Me detuvieron y me llevaron con un juez, como si hubiera cometido un delito. Me metieron al penal. Solo me dejaron salir cuando pagamos los tres mil pesos que fijaron de mi fianza para recuperar mi libertad. //

Vulneraciones al debido proceso

Las vulneraciones al debido proceso se manifiestan cuando, durante un proceso penal relacionado con el aborto, **se ignoran o transgreden las garantías mínimas que protegen a la persona acusada** —como el derecho a una defensa efectiva, a recibir información clara y un trato digno, entre otras—. Es decir, la criminalización no se limita a la violencia de la intervención legal, sino que puede intensificarse a lo largo del procedimiento mediante prácticas que vulneran los derechos humanos y añaden una violencia institucional.

En la práctica, estas vulneraciones se presentan, por ejemplo, cuando se toman declaraciones sin la voluntad de la persona acusada, se realizan registros sin explicar su finalidad o se toman fotografías sin consentimiento. También cuando no se informa de manera accesible sobre los derechos de la persona, incluida la posibilidad de negarse a declarar, o cuando no se garantizan condiciones para su defensa, como darle acceso a asesoría o representación jurídica. Cuando estas prácticas ocurren dentro de un servicio médico, el espacio destinado al cuidado se transforma en un lugar de coerción y vulnerabilidad.

En el caso de personas jóvenes, estas prácticas pueden tener impactos especialmente graves. Su posición de mayor vulnerabilidad exige medidas de protección reforzadas que, con frecuencia, no se cumplen. Por ejemplo, garantizar que cuenten con acompañamiento y defensa a través de la presencia de una persona de confianza o una persona abogada que las represente, así como proporcionarles información acorde a su edad y contexto, para asegurar que entiendan de forma precisa las decisiones que les afectan.

Las vulneraciones al debido proceso agravan los impactos de la criminalización penal. Además del riesgo de enfrentar sanciones legales, la persona acusada experimenta indefensión, miedo y desprotección frente a instituciones que deberían garantizar derechos y cuidados. En ese sentido, el estigma y la criminalización institucional pueden articularse para profundizar el daño.

//
Cuando me tomaron la declaración en el hospital, nadie me pidió autorización ni me explicó por qué lo hacían, y me tomaron fotos sin avisarme. Tampoco me dijeron cuáles eran mis derechos ni que podía negarme a responder. Aunque yo era una adolescente, no llamaron a nadie de mi familia ni hubo nadie que me defendiera. Todo pasó sin explicaciones y yo me sentía sola y asustada. //



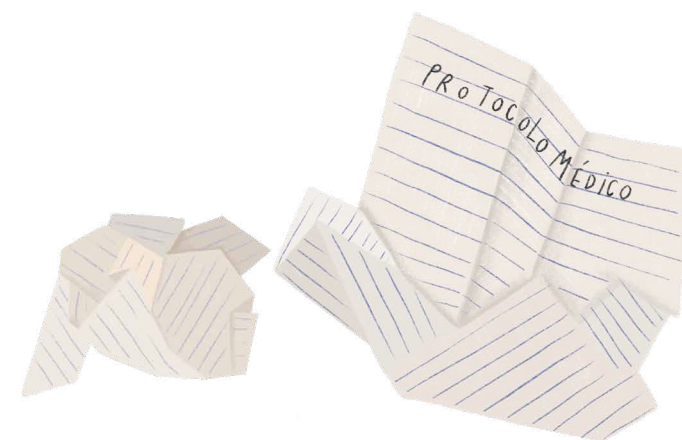
5. El protocolo de criminalización

Cuando el estigma permea la práctica médica, surge lo que GIRE denomina protocolo de criminalización: un conjunto de acciones y decisiones que, en lugar de contribuir a brindar atención conforme a los lineamientos clínicos adecuados, parecen priorizar la vigilancia y la interpretación de ciertas conductas como potencialmente delictivas. En este contexto, la sospecha de que se llevó a cabo un aborto inducido puede desencadenar una serie de consecuencias negativas que afectan la calidad de la atención, así como la dignidad y los derechos de la persona usuaria. Se habla de un protocolo porque, aunque estas prácticas no están formalizadas en manuales, se repiten de manera sistemática en los casos analizados y parecen configurar un patrón reconocible.

¿Cómo inicia el protocolo?

Las personas acuden a los servicios médicos en busca de atención por sangrado excesivo, dolor, contracciones, fiebre o vómito. Algunas han realizado un aborto inducido —por ejemplo, mediante el uso de misoprostol— y otras atraviesan un aborto espontáneo. Durante la evaluación clínica, la presunción sobre la posible inducción del aborto puede convertirse en el punto de inicio del protocolo de criminalización. En ese caso, la atención médica se ve mediada por supuestos de culpabilidad.

A partir de esta sospecha, la persona usuaria empieza a ser tratada como si estuviera involucrada en una conducta delictiva. Se construye lo que podría denominarse una “verdad médica”, que se impone sobre el relato de lo que llevó a la persona usuaria a acudir al hospital. Esto activa una serie de prácticas como las siguientes:



- imponer los hechos
- incurrir en negligencia médica
- mantener a la persona usuaria y a su entorno en un estado de incertidumbre que genera confusión, angustia y miedo
- alterar o distorsionar la información clínica (como aumentar las semanas de gestación del producto en el expediente)

En algunos casos más extremos, se hacen acusaciones por otros delitos, como infanticidio, aun si no se ha abierto una carpeta de investigación. Todo este proceso forma parte de lo que GIRE denomina **creación de culpa**, ya que la recopilación de indicios y la interpretación de los hechos médicos dejan de orientarse a la atención de la salud de la persona usuaria y tienden más hacia la construcción de una narrativa delictiva. El estigma asociado al aborto influye en que lo que comunica la persona usuaria deje de recibirse como una necesidad de atención médica y se convierta en posible evidencia de culpabilidad. Bajo este enfoque, se refuerza la idea de que se ha cometido un delito y, en consecuencia, la causante puede ser tratada como responsable ante el sistema penal, sin importar la veracidad de los hechos.

Como reacción a la vigilancia constante y las acusaciones, las personas usuarias desarrollan estrategias de autoprotección, como guardar silencio, reservar su declaración, buscar asesoría o estructurar sus respuestas de forma defensiva. Este fenómeno, al que GIRE llama **creación de defensa**, deriva en que las personas queden atrapadas en la dinámica del protocolo de criminalización, en el que persisten la percepción de culpa-

En el transcurso de esta situación, se llevan a cabo prácticas que vulneran el debido proceso y los derechos humanos de las personas usuarias.

bilidad y los mecanismos de vigilancia. Este proceso también desplaza la atención de las necesidades de salud de las personas usuarias. Como se ven obligadas a enfocarse en gestionar cómo es interpretada su conducta, dejan de comunicar lo que requieren para su bienestar y priorizan la urgencia de protegerse frente a posibles procedimientos legales.

En el transcurso de esta situación, se llevan a cabo prácticas que vulneran el debido proceso y los derechos humanos de las personas usuarias; entre ellas, solicitarles que firmen documentos mientras están en una emergencia médica o condicionarles la provisión de atención adecuada a que otorguen una declaración. Estas acciones tienen consecuencias significativas, incluso si nunca se inicia un proceso penal, pues exponen a las personas usuarias a maltratos, humillaciones y violencia institucional. Por ello, puede afirmarse que la criminalización tiene efectos que trascienden la acción judicial.

Ámbitos de la criminalización

El protocolo de criminalización opera en tres niveles interrelacionados:

1. **Legal.** A través de la amenaza de iniciar procesos penales y activar mecanismos del sistema de justicia penal.
2. **Médico.** Mediante la imposición de prácticas negligentes o coercitivas que inciden en la forma de brindar la atención y vulneran la ética profesional.
3. **Social.** A partir del impacto extendido de la criminalización sobre los familiares y las personas acompañantes, quienes también experimentan miedo, incertidumbre y restricciones en su vida cotidiana.

Debe subrayarse que la criminalización no afecta únicamente a las personas usuarias. También familiares y acompañantes experimentan efectos



negativos, principalmente a través de la desinformación y el temor a las posibles repercusiones legales. Esta situación altera su vida cotidiana, generándoles miedo de salir de su casa, recibir citatorios o enfrentar procesos judiciales, incluso cuando no se ha cometido ningún delito.

Escenarios de atención médica

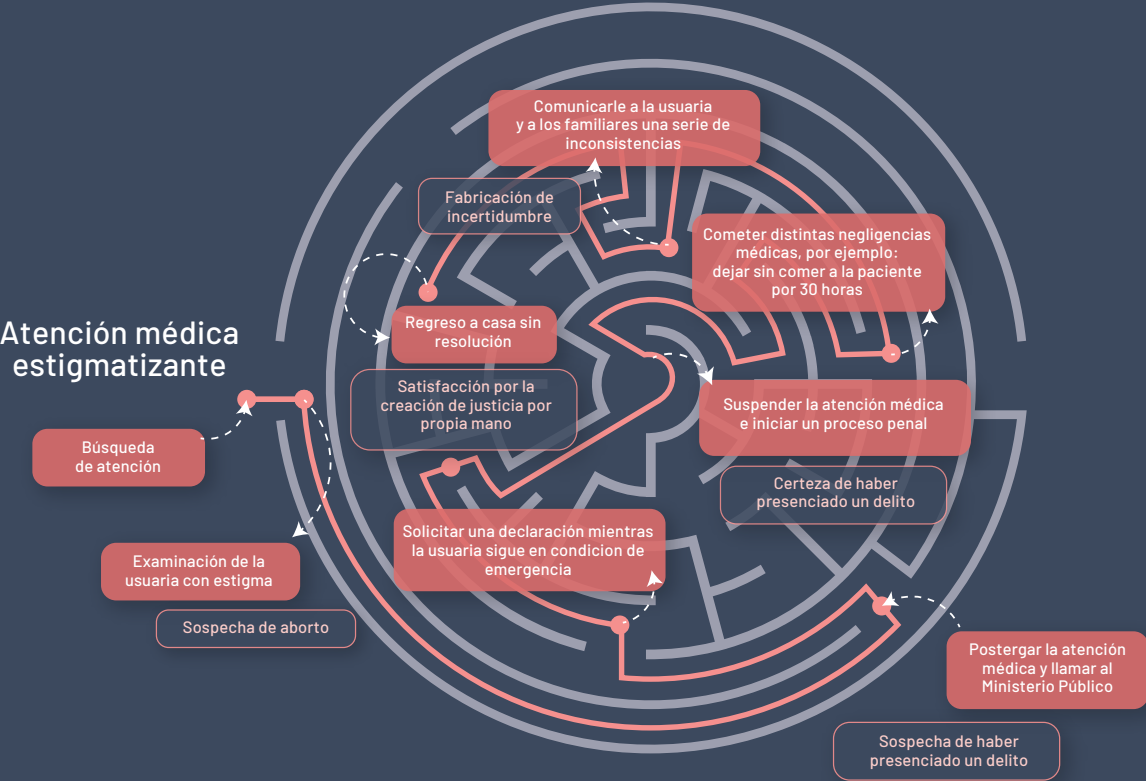
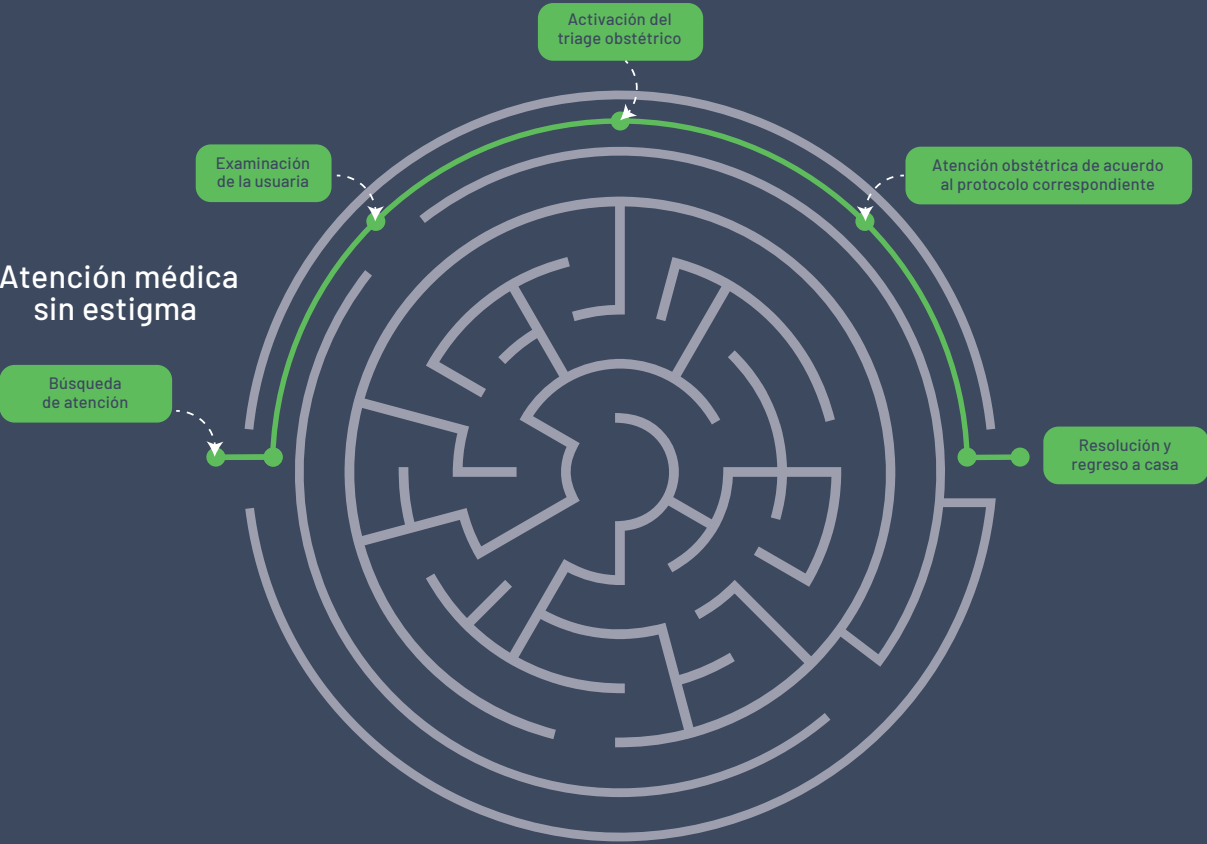
El fenómeno de la criminalización del aborto se puede entender mejor a partir de la comparación entre dos escenarios de atención:

1. **Atención médica sin estigma:** se caracteriza por ser rápida, con información clara, basada en protocolos clínicos y sin interferencias legales o morales.
2. **Atención médica estigmatizante:** incluye obstáculos y prácticas que generan intimidación, desinformación, vulneran derechos y, en muchos, casos impiden una atención efectiva.

Señalar que existe un protocolo de criminalización contribuye a hacer visible que cuando el estigma ingresa a los servicios de salud se convierte en un actor central que guía la práctica médica, transforma la atención en vigilancia y genera un círculo de sanciones, culpabilidad y defensa que afecta tanto a las personas usuarias como a quienes las acompañan.

En el siguiente diagrama se presenta una comparación entre el protocolo de atención médica y el protocolo de criminalización. El primero representa el cuidado que todas las personas usuarias deberían recibir al acudir a los servicios de salud con una necesidad obstétrica. El segundo desvía ese proceso al alargar el tiempo de resolución y, en algunos casos, termina por negar la atención requerida.

Escenarios de atención médica



↓ Creación de culpa

El protocolo de criminalización activa la creación

La creación de culpa es un mecanismo institucional que se activa cuando el estigma introduce una lógica de hipervigilancia en la práctica médica. Bajo esta dinámica, la atención empieza a orientarse a construir un caso penal: los gestos, las palabras y los antecedentes clínicos se interpretan como posibles indicios de que la persona usuaria cometió un delito. La consulta deja de ser un espacio de atención y cuidado para transformarse en un entorno en donde la información clínica es leída como evidencia penal, lo que refuerza la percepción de culpabilidad.

Este fenómeno se observa, sobre todo, cuando la interacción con los equipos médicos o de trabajo social adquiere un tono de presión o cuestionamiento insistente hacia las personas usuarias y sus familiares; por ejemplo, cuando les piden “admitir” que se llevó a cabo un aborto inducido, aun cuando no tengan evidencia de ello y la persona esté en una situación de emergencia médica. En estos casos, la información no se solicita para aclarar el caso clínico, sino para confirmar un relato previo en el que se sospecha que la persona usuaria incurrió en una falta moral o legal.

La creación de culpa es el efecto acumulado de diversas prácticas que vulneran la atención, tales como la imposición de los hechos, la negligencia, la desinformación y la alteración de datos clínicos. En conjunto, estos elementos moldean una narrativa que coloca a la persona usuaria como presunta responsable. No se trata de un proceso formal ni jurídico, pero puede operar como si lo fuera, pues es una dinámica en la que la atención adquiere una lógica de investigación en lugar de una de cuidado, y la experiencia de la persona usuaria se subordina a interpretaciones atravesadas por el estigma y la sospecha.

En este contexto, la dignidad de la persona usuaria queda desplazada por marcos morales y penales que no deberían intervenir en la práctica clínica. La culpa no se desprende de los hechos, sino de la forma en que son interpretados —a través de un estigma—, incluso cuando no existe ningún delito.

de culpa y la creación de defensa y afecta la calidad de la atención.

La creación de defensa es el efecto espejo de la creación de culpa. Cuando las personas usuarias perciben que el personal de salud está tratando de armar una narrativa que las coloca como responsables de un delito, sus respuestas se enfocan en la autoprotección. Es una defensa emocional, discursiva y estratégica que surge ante la situación de estar siendo interrogadas, vigiladas o juzgadas en un espacio que debería estar orientado al cuidado de la salud.

En este contexto, las personas usuarias y sus familiares empiezan a comportarse como si estuvieran en un proceso penal: cuidan lo que dicen, evitan dar detalles y cambian las versiones de lo ocurrido por miedo; incluso recurren a estrategias que se asocian a la defensa legal, como reservarse el derecho a declarar por no contar con alguien que les asesore. Estas reacciones no son evidencia de culpabilidad, sino de la percepción, muchas veces acertada, de que se está intentando construir un caso en su contra.

Sin embargo, de manera paradójica, estas estrategias suelen reforzar la sospecha del personal de salud. Desde una posición de desconfianza, que las personas guarden silencio, pidan tiempo o eviten dar declaraciones se interpreta como la confirmación del relato estigmatizante de que “algo están ocultando”. Así, se genera un círculo vicioso donde la hipervigilancia del equipo médico produce conductas defensivas y estas, a su vez, alimentan aún más la vigilancia y la criminalización.

La creación de defensa muestra hasta qué punto el estigma transforma la dinámica de la atención médica. El encuentro clínico, que debería basarse en la confianza y el cuidado, se convierte en un intercambio tenso, atravesado por el temor a la acusación y la urgencia de autoprotección. Este fenómeno evidencia que, en contextos donde el aborto está inscrito en el código penal, una atención de emergencia puede vivirse como una situación de riesgo en la que hay que defenderse, y no como un momento de alivio en el que las personas usuarias deberían sentirse atendidas y protegidas.

↑ Creación de defensa

6. Para concluir

La información presentada en este estudio muestra que la penalización del aborto, incluso cuando es parcial —es decir, cuando lo limita a un número de semanas o a causas específicas—, es un obstáculo estructural para el ejercicio del derecho a la salud y a la salud reproductiva de niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de gestar. Incluir el aborto en los códigos penales no previene su práctica, pero sí genera un entorno de estigmatización, miedo y vigilancia que impacta de manera directa en el acceso a servicios de salud oportunos, seguros y de calidad.

GIRE ha atestiguado que el miedo a enfrentar consecuencias legales o a ser objeto de maltrato institucional inhibe que mujeres y personas con capacidad de gestar se acerquen —o incluso consideren acudir— a servicios de aborto en instituciones públicas. Además, el análisis de los casos que se han acompañado evidencia que la criminalización del aborto opera más allá del sistema de justicia penal. En los servicios de salud se manifiesta a través de prácticas como la imposición de los hechos, la negligencia médica, el mantener en estado de incertidumbre, la distorsión de la información clínica, la activación de procesos penales y las vulneraciones al debido proceso. Estas prácticas responden a dinámicas institu-



cionales recurrentes —identificadas por GIRE como un protocolo de criminalización— que colocan en segundo plano la obligación del Estado de garantizar una atención integral, confidencial y libre de discriminación.

Asimismo, los hallazgos muestran que la criminalización se extiende al ámbito familiar, comunitario y social, donde el estigma asociado al aborto refuerza mecanismos de control, culpa y autocensura. Estas formas de criminalización social profundizan las desigualdades estructurales y afectan de manera desproporcionada a quienes enfrentan mayores barreras de acceso a la salud. Al restringir la autonomía reproductiva, no solo se vulneran derechos fundamentales, sino que también se expone a las personas gestantes a riesgos graves para su salud física y mental, pues se las obliga a enfrentar procesos de aborto en condiciones de inseguridad, incertidumbre y temor.

En este contexto, resulta indispensable que el Estado abandone el uso del derecho penal como herramienta para regular el aborto y avance hacia su despenalización total. Esta medida es necesaria para cumplir con las obligaciones constitucionales e internacionales de respetar, proteger, garantizar y promover el derecho a

Es urgente implementar políticas públicas dirigidas a transformar los sistemas de salud.

la salud, así como para erradicar prácticas institucionales que reproducen violencia y discriminación en los servicios de salud.

De manera complementaria, es urgente implementar políticas públicas dirigidas a transformar los sistemas de salud. Por un lado, mediante la capacitación obligatoria y continua del personal médico y administrativo en derechos humanos, perspectiva de género y atención no estigmatizante; por otro lado, a través del establecimiento de mecanismos efectivos de supervisión y rendición de cuentas. Además, es indispensable garantizar que ninguna persona sea denunciada, investigada o interrogada por razones relacionadas con la interrupción de su embarazo cuando busque atención médica.

Este estudio subraya la necesidad de fortalecer una cultura del derecho a decidir como eje de la política pública en materia de salud reproductiva. Visibilizar las consecuencias concretas de la criminalización del aborto permite dismantelar el estigma social, prevenir violaciones a derechos humanos y avanzar hacia un modelo de atención en salud que reconozca la autonomía reproductiva como un componente indispensable de la justicia social y la igualdad sustantiva.



abortomexico.gire.org.mx



Ilustraciones: Isabel Aguirre

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

Primera edición: septiembre de 2026.

