



**ORIGEN ES
DESTINO**

2025

Derechos De Las Mujeres Y Acceso Al Aborto Seguro En La Ciudad De México

Josimar Daniel Rangel González

DERECHOS DE LAS MUJERES Y ACCESO AL ABORTO SEGURO EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Josimar Rangel

2025

RESUMEN

En el presente texto se analiza si el reconocimiento de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres y la existencia de servicios públicos para la implementación de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en la Ciudad de México, han garantizado el acceso pleno y efectivo al aborto seguro. Se presentan datos estadísticos sobre las características de las mujeres que se han sometido a la ILE y de forma complementaria, se presentan testimonios de mujeres que han vivido el proceso. Esto permite identificar las barreras que evitan el acceso efectivo al aborto seguro en la ciudad y permite plantear propuestas que ayuden a mejorar tan importante problemática.

Contenido

Introducción.....	1
II. Justificación.....	2
III. Planteamiento del problema	3
IV. Objetivo	6
V. Marco teórico	7
VI. Formulación de la hipótesis	18
VII. Pruebas cuantitativas y/o cualitativas de la hipótesis	20
VIII. Conclusiones	37
Posibles soluciones	38
IX. Bibliografía.....	41

Introducción

La despenalización del aborto ha sido un tema controversial de Derechos Humanos, salud pública y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En 2007, la Ciudad de México se convirtió en un referente nacional al iniciar la creación de un marco jurídico que permitiera a las mujeres y a las personas gestantes tener acceso a la Interrupción Legal del Embarazo por medio de la utilización de los servicios públicos ya existentes en la capital del país.

Esto no necesariamente significó que todas las mujeres y personas gestantes de la Ciudad de México que tomaran la decisión de interrumpir su embarazo tuvieran acceso pleno a estos servicios, ya que existen datos estadísticos y testimonios que permiten visualizar barreras de edad, geográficas, sociales, económicas, culturales e institucionales.

Por todo lo anterior, la presente investigación analiza si el reconocimiento de los derechos de las mujeres y los servicios existentes en la Ciudad de México han garantizado un acceso pleno y efectivo al aborto seguro, así como también busca identificar cuáles son las principales dificultades que aún obstaculizan su acceso efectivo.

II. Justificación

La falta de acceso a los derechos sexuales y reproductivos y al aborto seguro continúa siendo un problema que hasta el día de hoy afecta la vida y la salud de muchas mujeres. En ese sentido, la importancia de esta investigación radica en no solamente analizar la existencia de un marco jurídico en la Ciudad de México que otorgue dichos derechos, sino también revisar cómo se ejercen en la vida real, así como estudiar cuáles han sido sus alcances y limitaciones.

Al analizar cómo se ha implementado esta política pública en la Ciudad de México, podemos advertir qué factores sociales, económicos, territoriales, culturales o institucionales pueden generar desigualdades o incluso violaciones a otros derechos. Por ello, identificar todas aquellas barreras que perviven en este caso, pueden favorecer y contribuir a la formulación de propuestas de políticas públicas con enfoque de género para prevenir y mejorar el funcionamiento de la Interrupción Legal del Aborto, y así garantizar un acceso pleno a este derecho.

III. Planteamiento del problema

El 24 de abril del 2007, la entonces Asamblea Legislativa del Distrito Federal reformó diversos artículos del Código Penal para el Distrito Federal (CPDF) y de la Ley de Salud para el Distrito Federal (LSDF) para permitir la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) (CDHCM, 2025), y dos días después se publicó en la Gaceta Oficial. Esas reformas despenalizaron el aborto en la ahora Ciudad de México hasta las 12 semanas de gestación, y determinaron la obligación de contar con servicios públicos gratuitos para cumplir la tarea.

La despenalización del aborto surgió como una respuesta del Estado para resolver de forma contundente lo que consideraban un problema de salud pública: el aborto clandestino. Este procedimiento, además de ilegal, pone en riesgo el bienestar de un gran número de mujeres, y en muchos casos su vida (Proceso, 2007). Aunado a esto, la ILE fue una forma de garantizar lo que históricamente grupos feministas y de izquierda solicitaban: el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo.

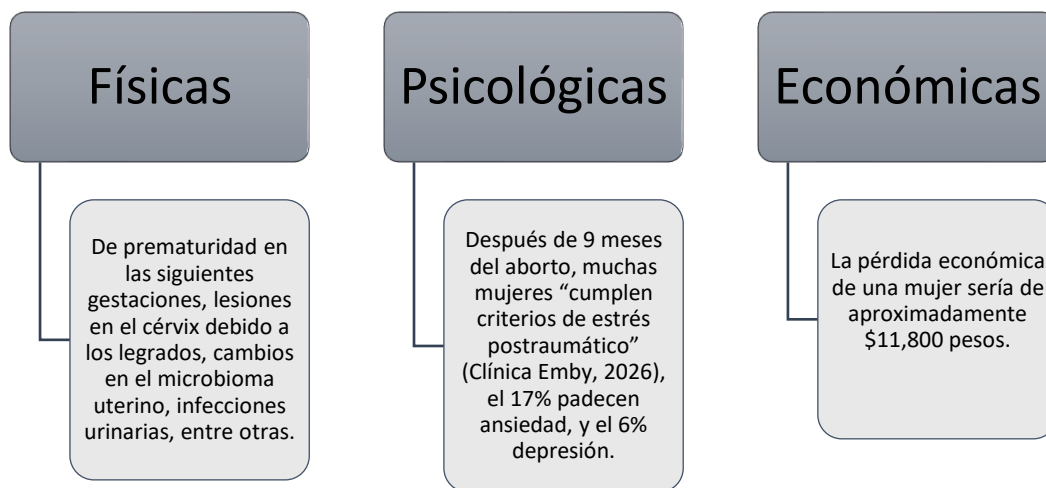
El fundamento de ese derecho se basa en los Derechos Humanos de Salud Reproductiva y Sexual de las mujeres (Nova, 2022), garantizados por la Organización Nacional de los Derechos Humanos en sus diversas convenciones y declaraciones. Bajo esa premisa, la legalización de la ILE se enfoca en resolver el derecho a las mujeres de decidir sobre la interrupción del embarazo, pero no considera la mixtura de problemáticas sociales, psicológicas y fisiológicas que esto acarrea.

Es decir, que una mujer de la Ciudad de México pueda decidir sobre si quiere interrumpir su aborto por haber sufrido un embarazo no deseado, cuales son “el resultado de una interacción compleja de factores, que van desde lo individual hasta lo social y estructural”, tales como (Centro Médico Mujer, 2025):



Elaboración propia. Fuente: Centro Médico Mujer.

En ese sentido, se pensaría que un cambio legal de esa magnitud estuviese respaldado por una serie de políticas públicas con enfoque de género, que permitan al Estado solucionar los problemas adyacentes de la ILE, algunos de los cuales se muestran en el siguiente esquema (Clínica Emby, 2026):



Elaboración propia. Fuente: Clínica Emby, 2026

Por otra parte, otro conflicto surgido a partir de la reforma del 2007 al CPDF es que al enfocarse en garantizar estos derechos humanos a las mujeres surgió una contradicción legal. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) promovió acciones de inconstitucionalidad en contra de las reformas que despenalizaban el aborto en la Ciudad de México pues consideraba que eran contrarias “al derecho a la vida del producto de la concepción debido a que solo penalizaba la conducta que atentaba contra él, después de haberse implantado en el endometrio” (SCJN, 2025).

También consideraba que esas reformas se contraponían a:

la igualdad ante la ley del varón y la mujer, a la procreación de la pareja y a la paternidad del progenitor. Además, el derecho de las mujeres para decidir de manera libre y responsable se ejerce antes de la concepción, pues a partir de ella se generan obligaciones para la mujer y derechos para el progenitor (SCJN, 2025).

En consecuencia, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿hasta qué punto la despenalización y legalización de la Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México ha garantizado de forma efectiva los derechos a la salud y reproductivos de las mujeres, y al mismo ha atendido las problemáticas sociales, económicas y psicológicas asociadas al embarazo no deseado y al aborto?

IV. Objetivo

Objetivo general:

- Proponer la estructura de políticas públicas integrales y con perspectiva de género que articulen el marco jurídico con las necesidades reales de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo en la Ciudad de México, con el propósito de que el acceso sea más efectivo e igualitario.

Objetivos Específicos:

- Explicar el marco jurídico que reconoce los derechos humanos, sexuales y reproductivos y de salud que regulan el acceso al aborto seguro en la Ciudad de México.
- Analizar si el reconocimiento de los derechos de las mujeres y el acceso al aborto seguro en la Ciudad de México han garantizado un acceso pleno y efectivo a los servicios de la Interrupción Legal del Aborto (ILE), a pesar de las barreras que todavía persisten.
- Identificar las deificiencias en los servicios de la ILE que pueden ser cambiados o mejorados a través de políticas públicas reales.

V. Marco teórico

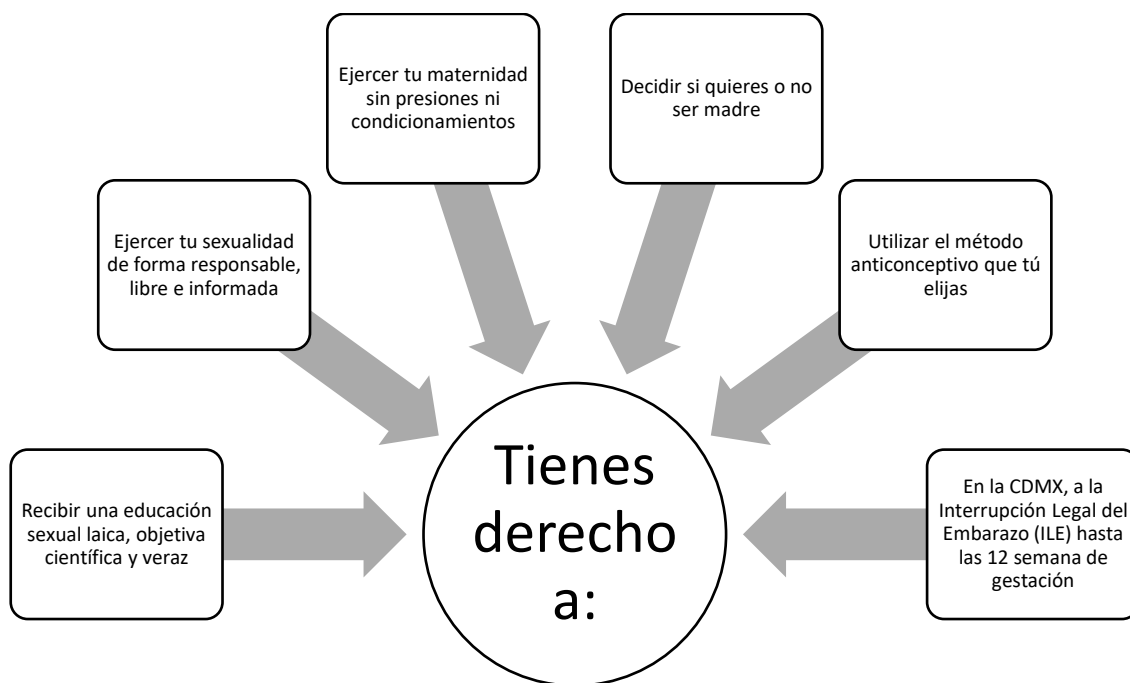
Entendemos por Derechos Humanos de las Mujeres a “todas aquellas prerrogativas y libertades fundamentales que corresponden a toda mujer por el simple hecho de serlo, independientemente de su nacionalidad... etnia, idioma, edad o cualquier otra condición” (UNIR, 2026). Estos derechos son universales, inalienables e indivisibles, y su objetivo es que las mujeres gocen de dignidad e igualdad en todas partes.

En ese sentido, los derechos de las mujeres abarcan todos los aspectos de su vida y están reconocidos en tratados internacionales como el de la Convención sobre la Eliminación de Todas la Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979) y, por lo tanto, en la Constitución Política de México. Algunos de esos derechos en México son el Derecho a la Salud y los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

Según la Cartilla de Derechos de las Mujeres del Gobierno de México (SEP, 2025), el Derecho a la Salud deben garantizar que:

...te atiendan cuando te enfermas, pero también tienes derecho a ir a consultas médicas, a acceder a medicamentos y tratamientos en clínicas y hospitales públicos; asimismo a recibir información clara y oportuna sobre cómo cuidarnos.

En cuanto a los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, Semujeres de la CDMX (2026) establece que:



Elaboración propia. Fuente: Semujeres CDMX, 2026.

En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2026) define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, para ello, el Estado debe ofrecer una atención de salud de calidad que incluya servicios de atención integral para el aborto. La falta de atención para el aborto y la etapa posterior de recuperación ponen en riesgo el bienestar físico, mental, y social de las mujeres.

Según la misma OMS, el aborto es “la interrupción de un embarazo tras la implantación de huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente” (BCN, 2015). Por su parte, el artículo 329 del Código Penal Federal (CPF) de nuestro país, lo define como “la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez” (2026), mientras que el CPDF lo define en su artículo 144 como (CPDF, 2007):

... la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación. Para los efectos de este Código, el embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio.

Ahora bien, por lo tanto, no todo aborto es legal. El CPF (2026) en su artículo 330 explica que quien hiciere abortar a una mujer se le aplicará una pena de hasta 3 años de prisión, quien la hiciera sin su consentimiento la pena sería hasta de 6 años de prisión. Y si hubiera violencia física o moral de por medio, la pena ascendería hasta los 8 años. Por lo tanto, el CPDF en su artículo 145 incluso penaliza con hasta 300 días de trabajo a favor de la comunidad a la mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta en que la hagan abortar después de las 12 semana de gestación.

Por ello, mientras no exista algún delito tipificado por estos códigos ni por el 131bis del Código de Procedimientos Penales de la Ciudad de México, se le puede llamar Interrupción Legal del Embarazo (ILE). En ese sentido, el Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal establece en su artículo 185 (2015):

La interrupción del embarazo es el procedimiento que se realiza hasta la décima segunda semana de gestación y hasta la vigésima semana de gestación, de conformidad con las excluyentes de responsabilidad penal establecidas por el artículo 148 del Código Penal y el artículo 131 bis del Código de Procedimientos Penales, ambos para el Distrito Federal.

En consecuencia, para efectos de este trabajo cuando se habla del aborto seguro y de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) nos estamos refiriendo al mismo fenómeno. Siendo la definición de aborto seguro la que emite la OMS cuando:

se realiza por un método recomendado por la propia Organización, acorde con la edad gestacional, con acceso a la información adecuada y la atención requerida por parte de personal de salud con la capacidad técnica necesaria. Bajo dichas condiciones, es un procedimiento sencillo y extremadamente seguro” (Secretaría de Salud et al., 2022).

Para esta investigación es fundamental analizar si los derechos de las mujeres y el acceso al aborto seguro son garantizados a través de políticas públicas con perspectiva de género. Para ello, tomaremos las definiciones del Instituto Nacional de la Mujeres (Inmujeres) para entender los conceptos. Según el propio Inmujeres (2026), la perspectiva de género es una metodología que permite lograr tres cosas:



Elaboración propia. Fuente: Inmujeres, 2026

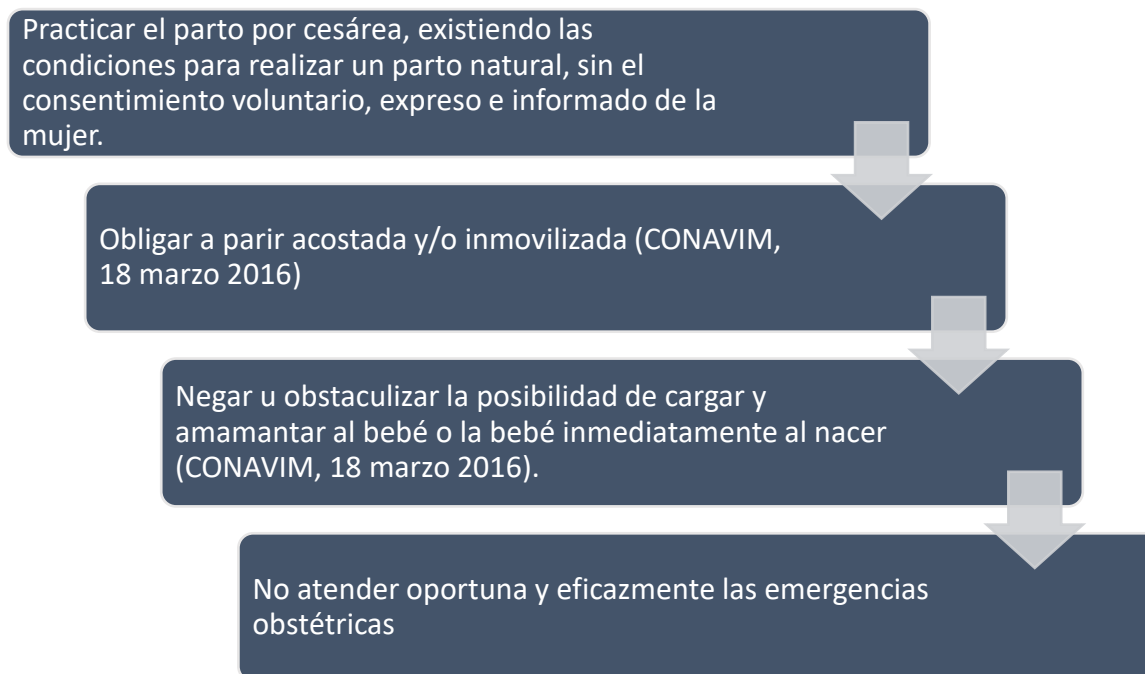
Y una política pública es toda intervención de un gobierno para atender un problema público (Inmujeres, 2026). Por lo tanto, una política pública con perspectiva de género sería:

...la intervención de un gobierno que entiende que tanto las necesidades, las condiciones y las preocupaciones de mujeres y hombres son diferentes, así como diferentes serán los impactos que pueda ocasionarles una intervención... y que, por lo tanto, la atención a un problema público debe ser diferenciada, o deben quitarse los obstáculos que les impide acceder a la intervención pública en igualdad de condiciones.

Por lo tanto, el objetivo de una política pública con perspectiva de género debe orientarse a garantizar la igualdad sustantiva, reconociendo las condiciones estructurales que históricamente han colocado a las mujeres en situaciones de desigualdad y han limitado el ejercicio efectivo de sus derechos.

Una de las expresiones de estas condiciones de desigualdad que afectan a las mujeres es la violencia obstétrica. De acuerdo con la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (CONAVIM), este tipo de violencia se genera “con el maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, humillada o lastimada física y psicológicamente” (CONAVIM, 18 marzo 2016). Se presenta en los lugares que prestan servicios médicos y se da en todas las esferas de la sociedad.

Según la misma CONAVIM, los siguientes son los principales actos constitutivos de la violencia obstétrica:



Elaboración propia. Fuente: CONAVIM, 2016.

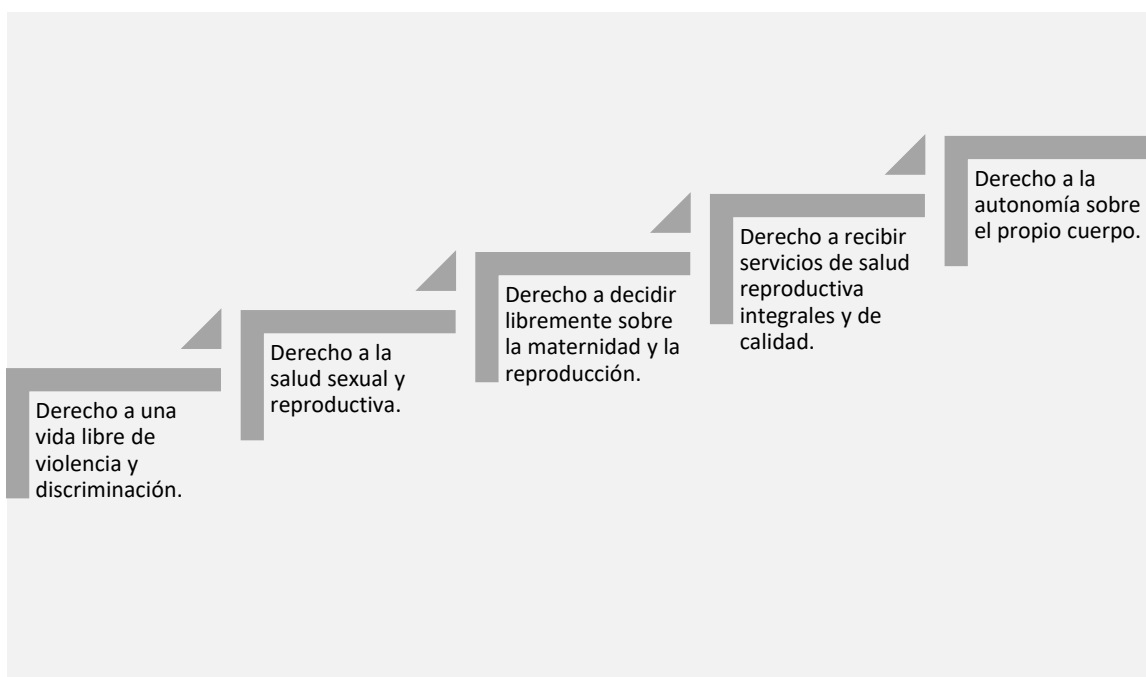
De igual manera, es importante señalar que este tipo de violencia no se limita a las acciones que pueden genera afectaciones físicas durante la atención médica, también puede manifestarse a través de prácticas y actitudes que vulneran el bienestar emocional de las mujeres, “como por ejemplo dar a la usuaria un trato infantil, paternalista, autoritario, despectivo, humillante, con insultos verbales, despersonalizado o con vejaciones” (Rodríguez y Martínez, 2021).

Marco legal de la ILE

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) en su artículo 1° prohíbe todo acto de discriminación, reconociendo todos los derechos humanos previstos en los tratados internacionales, por lo que constituye una base para la protección de los derechos de las mujeres (CPEUM, 2026). Asimismo, la carta

magna en su artículo 4° establece la igualdad entre hombres y mujeres y reconoce el derecho a de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, lo que constituye el fundamento de los derechos reproductivos (CPEUM, 2026).

Aunado a lo anterior, para el 2017 se realizó una reforma al artículo 6°, apartado A, mediante la cual se reconocieron los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y el derecho de las personas a decidir de manera libre, voluntaria e informada sobre su sexualidad y reproducción (CPEUM, 2026). Ese mismo año se llevó a cabo la reforma del artículo 11, en el que se reconocieron los derechos de las mujeres y establecieron las obligaciones de las autoridades para garantizar su protección y ejercicio, tales derechos son (CPEUM, 2026):



Elaboración propia. Fuente: CPEUM, 2026

Bajo esta perspectiva, la Ley General de Salud (LGS) promulgada en 1984, que regula los derechos a la salud de hombres y mujeres, en su título tercero, capítulo V, regula aspectos de la atención materno-infantil y de la salud reproductiva de las

mujeres; por lo tanto, constituye el marco sanitario a nivel federal relacionado con la atención durante el embarazo obligando a ser integral antes durante y después del parto (LGS, 2026).

De manera complementaria, en 2006 se promulgó la Ley General para la Igualdad sustantiva entre Mujeres Hombres (LGIMH), en sus títulos I y III, la cual estableció las bases jurídicas para garantizar la igualdad sustantiva y la no discriminación, buscando que hombres y mujeres ejerzan sus derechos en condiciones de igualdad (LGIMH, 2026).

El 2007 fue un año fundamental para la legalización del aborto en la Ciudad de México (y en el país), primero con la promulgación de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV, 2026). En ella, los artículos 1°, 4°, 5° y 6° reconocieron el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia y estableció principios de igualdad y no discriminación, así como definió los tipos y las modalidades de violencia contra las mujeres. Un punto fundamental se produjo con la reforma al Código Penal para el Distrito Federal (CPDF) que, a diferencia de lo establecido por el CPF introdujo un cambio sustantivo en el tratamiento jurídico del aborto al despenalizar su interrupción voluntaria dentro de las condiciones previstas por la legislación local.

El CPF en su capítulo VI estableció las sanciones penales relacionadas con la práctica del aborto, y estableció los supuestos en los que no es punible, como en los casos en los que el embarazo es el resultado de una violación o si la vida de la madre se encuentra en peligro (CPF, 2026). Si embargo, este marco jurídico no estableció un régimen de ILE como el previsto en el CPDF. En contraste, en 2007, la reforma al CPDF en sus artículos del 144 al 147 definió jurídicamente el aborto como la interrupción del embarazo después de las 12 semanas de gestación (CPDF, 2007).

También reguló las consecuencias penales y del aborto forzado. Y lo fundamental de esta reforma fue que la interrupción del embarazo durante las 12 primeras

semanas ya no se consideraba aborto para efectos penales; es decir, la reforma separó jurídicamente la interrupción del embarazo antes de las 12 semanas del delito de aborto, lo que permitió que la Ciudad de México se convirtiera en la primera entidad de la república que organizara y prestara servicio público para la Interrupción Legal del embarazo (ILE).

Desde el ámbito jurídico, la reforma generó un importante debate constitucional y fue objeto de impugnación por parte de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y la Procuraduría General de la República (PGR) ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), las cuales solicitaron su invalidez al considerar que dichas disposiciones vulneraban:

los derechos del producto de la concepción a la vida, a la protección del proceso de gestación, a la igualdad y a la protección; (ii) el derecho a la paternidad; (iii) a la exacta aplicación de la ley penal; (iv) a la distribución de competencias; (v) a la objeción de conciencia del personal médico; (vi) a la salud en su dimensión social; y (vii) a la legalidad" (SCJN, 2022).

La complejidad del tema llevó a la SCJN a solicitar información a diferentes autoridades e instituciones, a partir de lo cual pudo establecer los siguientes criterios:

- Aunque el derecho a la vida se encuentra reconocido en múltiples instrumentos internacionales y tiene protección constitucional, ningún instrumento lo reconoce como un derecho absoluto (SCJN, 2022).
- La penalización del aborto no es el medio idóneo para garantizar que el proceso de gestación continúe. Las mujeres que no desean continuar con su embarazo recurren a abortos clandestinos que ponen en riesgo su salud y su vida (SCJN, 2022).
- El reconocimiento de que es la persona del sexo femenino portadora de un embrión no deseado quien tiene la decisión final de si practicarse un aborto no es discriminatorio, sino que responde a la posición específica de las mujeres en estos casos (SCJN, 2022).

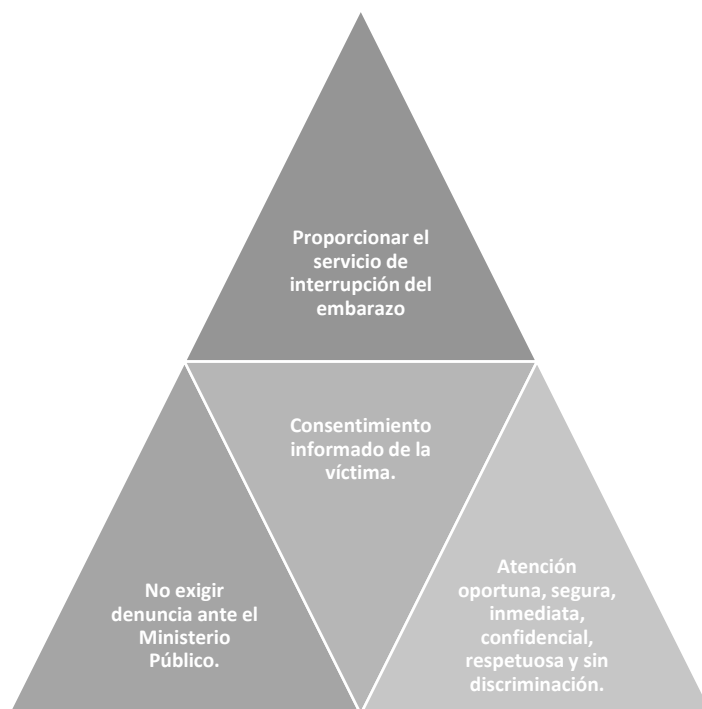
- La falta de regulación específica sobre aborto de personas menores de edad no viola el principio de igualdad (SCJN, 2022).
- Los artículos 144, 145, 146 y 147 del Código Penal para el Distrito Federal no violan el principio de exacta aplicación de la ley penal (SCJN, 2022).
- Establecer una punibilidad diferenciada en casos de aborto consentido para la mujer que desea interrumpir su embarazo y para los terceros que intervienen sin aprobación de la gestante no viola el principio de proporcionalidad (SCJN, 2022).

A partir de las consideraciones anteriores, la SCJN resolvió que la reforma impugnada era consitucional (SCJN, 2022). Es decir, los derechos de las mujeres eran defendidos y el acceso al aborto seguro era totalmente legal. A partir de ello, en 2009 se publicó la NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres, la cual establece criterios para la prevención y atención y regula la prestación de los servicios de ILE en casos de violencia sexual (NOM-046-SSA2-2005, 2016 marzo 24), los cuales son:



Elaboración propia. Fuente: NOM-046-SSA2-2005, 2016.

En continuidad con este proceso jurídico, para el 2022 se creó el Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México (LTASM, 2022), el cual estableció los criterios básicos para que las mujeres y las personas con capacidad de gestar tuvieran acceso a una atención oportuna e integral con perspectiva de género y derechos humanos; además de que sirve como referencia para la organización y prestación de los servicios de aborto seguro del sistema nacional de salud (LTASM, 2022), con las siguientes encomiendas:



Elaboración propia. Fuente: LTASM, 2022.

A partir del análisis de este marco legal, puede señalarse que la Ciudad de México ha forjado un marco jurídico que reconoce y otorga los derechos reproductivos y el acceso al aborto; no obstante, esto no permite afirmar que todas las mujeres accedan a estos servicios en condiciones de igualdad. Por tal motivo, es necesario a continuación emprender un análisis profundo de las políticas públicas para saber si han logrado atender estas desigualdades y barreras que se presentan en el

ejercicio de estos derechos. A partir de esto, se establece nuestro marco de referencia para analizar la hipótesis planteada en esta investigación.

VI. Formulación de la hipótesis

La legalización del aborto o Interrupción Legal del Embarazo (ILE), sin duda alguna significó un gran avance en cuanto a la búsqueda de la igualdad sustantiva y la no discriminación hacia las mujeres. Esto se logró por medio de la observancia de los derechos humanos de las mujeres: el derecho a la Salud, el derecho a libertad Reproductiva y el derecho a decidir sobre su cuerpo. Pero un logro jurídico, aunque sea de este calibre, no implica que automáticamente todas las mujeres tengan el acceso por igual.

Esta afirmación se puede establecer debido a que no se considera que a la par de este logro jurídico se hayan ideado e implementado políticas públicas con enfoque de género que atendieran las causas de los embarazos no deseados y, en todo caso, que atendieran de forma integral a las mujeres que decidieran interrumpir el embarazo. Es decir, las mujeres aún no cuentan con un acceso pleno a servicios de salud pública que garanticen una atención segura, oportuna y adecuada durante el proceso de la ILE, esto debido a que persisten desigualdades sociales y económicas que dificultan el ejercicio efectivo de este derecho y limitan las posibilidades a su acceso en condiciones de igualdad.

Estas desigualdades requieren entonces de políticas públicas con visión de género, integrales, que no solamente se enfoquen en el aspecto jurídico, sino que favorezcan la prevención, el acompañamiento, el resarcimiento y la mejora de vida de las mujeres embarazadas. Por ejemplo, en 2007 la diputada Laura Angélica Rojas Hernández del PAN propuso una reforma a la Ley de Asistencia Social (LAS), en la que planteaba que se creara la

Red de Orientación y Apoyo a Mujeres Embarazadas, que tendría como objeto conjuntar, difundir y hacer accesibles diversos apoyos, bienes y servicios que entidades, dependencias, instituciones y organizaciones, públicas, sociales y privadas, brindan a las mujeres embarazadas y madres con hijos de hasta tres años de edad, para la protección del embarazo, los derechos del niño y el ejercicio de la maternidad y la paternidad responsables (Cámara de Diputados, 2007).

En esta propuesta se consideran las causas y se proponen apoyos desde diferentes perspectivas; incluso se considera a la paternidad, un tema que se descuidó totalmente en el marco jurídico que legalizó el aborto en la CDMX. Con una propuesta como esta, si la persona gestante quisiera interrumpir el embarazo tendría alternativas reales y humanas para tomar la mejor decisión. No se le quitarían derechos, no habría necesidad de abrogar leyes, solamente acompañar las decisiones jurídicas con acciones y políticas públicas adecuadas al contexto real de la sociedad a la que se está gobernando.

En resumen, podemos aseverar que el marco normativo que despenalizó el aborto en la CDMX no ha sido suficiente para lograr que las mujeres tengan acceso pleno a sus derechos humanos fundamentales; ya que, si no se desarrollan e implementan políticas públicas adecuadas acompañen el marco legal, pueden generarse nuevas vulneraciones a los derechos de las mujeres.

VII. Pruebas cuantitativas y/o cualitativas de la hipótesis

En 2021, el gobierno federal creó los Servicios de Aborto Seguro (SAS), los cuales brindan atención a mujeres, niñas y adolescentes que requieran atención por aborto espontáneo o inducido, “estos servicios comprenden la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en apego a la NOM-046-SSA2-2005, así como la atención de otras situaciones de aborto, de conformidad con el marco legal vigente” (Gobierno de México, 2026).

Para ello, se dispuso de las instituciones públicas de salud ya existentes (que se muestran a continuación), utilizando procedimientos recomendados por la OMS, que incluyen: consejería, manejo del dolor, provisión de anticoncepción posaborto y demás servicios de salud que se requieran (Gobierno de México, 2026).

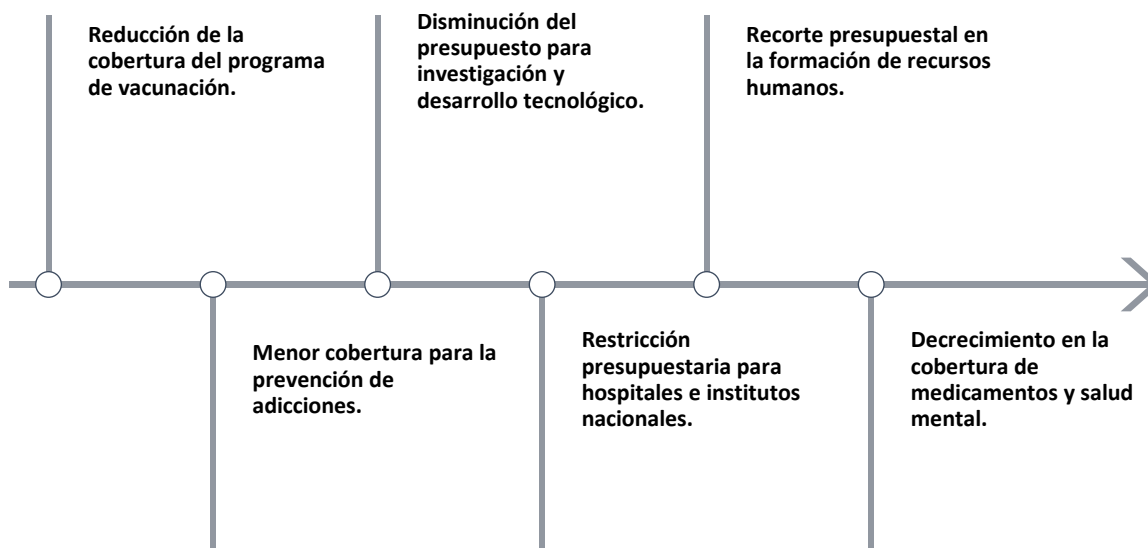


Elaboración propia. Fuente: LTASM, 2022

El servicio de estas instituciones debería ser estandarizado, seguro, humano, con enfoque de género y proporcionarse a todas las personas gestantes conforme al Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México (LTASM, 2022), con el fin de:

garantizar una atención oportuna, resolutive, integral y de calidad, sustentada en evidencia científica, estándares internacionales de salud pública y un enfoque de género, derechos humanos e interseccionalidad, con especial atención a poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad (LTASM, 2022).

El problema se hace evidente en el momento en el que el país decide invertir menos de la mitad de que la OMS recomienda respecto al gasto en salud pública para un país como México. Dicha organización recomienda destinar al menos el 6% del PIB a la salud pública, mientras que, para 2025, la inversión destinada a este rubro fue del 2.5% del PIB (Consultor Salud, 2025). Por esta razón, desde hace décadas existen fallas estructurales en esas instituciones, y diversos programas retroceden en sus presupuestos y coberturas, tales como (Consultor Salud, 2025):



Elaboración propia. Fuente: Consultor Salud, 2025

Debido a lo anterior, en un país en el que hay un aumento sostenido de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y el cáncer (Consultor Salud, 2025), se le agrega el peso económico, administrativo, jurídico y de recursos humanos de los SAS.

En específico para la Ciudad de México, la implementación de los SAS se concreta a través de unidades médicas de Servicios de Salud Pública que brindan atención para la ILE, las cuales cuentan con diferentes modalidades de atención, de acuerdo con los recursos y procedimientos que ofrecen, y se distribuyen entre centros de salud, clínicas especializadas y hospitales (Salud CDMX, 2026):

Unidades que otorgan atención únicamente con Procedimiento Medicado:

1. Centro de Salud T-III Cuajimalpa.
2. Clínica Comunitaria Santa Catarina.
3. Clínica Integral de la Mujer “Hermila Galindo”.
4. Centro de Salud TIII Miguel Hidalgo.

Unidades que otorgan atención con Procedimiento Medicado y Quirúrgico:

1. Centro de Salud T-III México España.
2. Centro de Salud T-III Dr. Juan Duque de Estrada.
3. Clínica de Salud Reproductiva del Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán.

Hospitales:

1. Hospital General Ajusco Medio Dra. Obdulia Rodríguez Rodríguez.
2. Hospital General Dr. Enrique Cabrera.
3. Hospital Materno Infantil Cuauhtépec.
4. Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo.
5. Hospital Materno Infantil Inguarán.
6. Hospital Materno Infantil Tláhuac.
7. Hospital Materno Pediátrico Xochimilco.
8. Hospital General Ticomán.

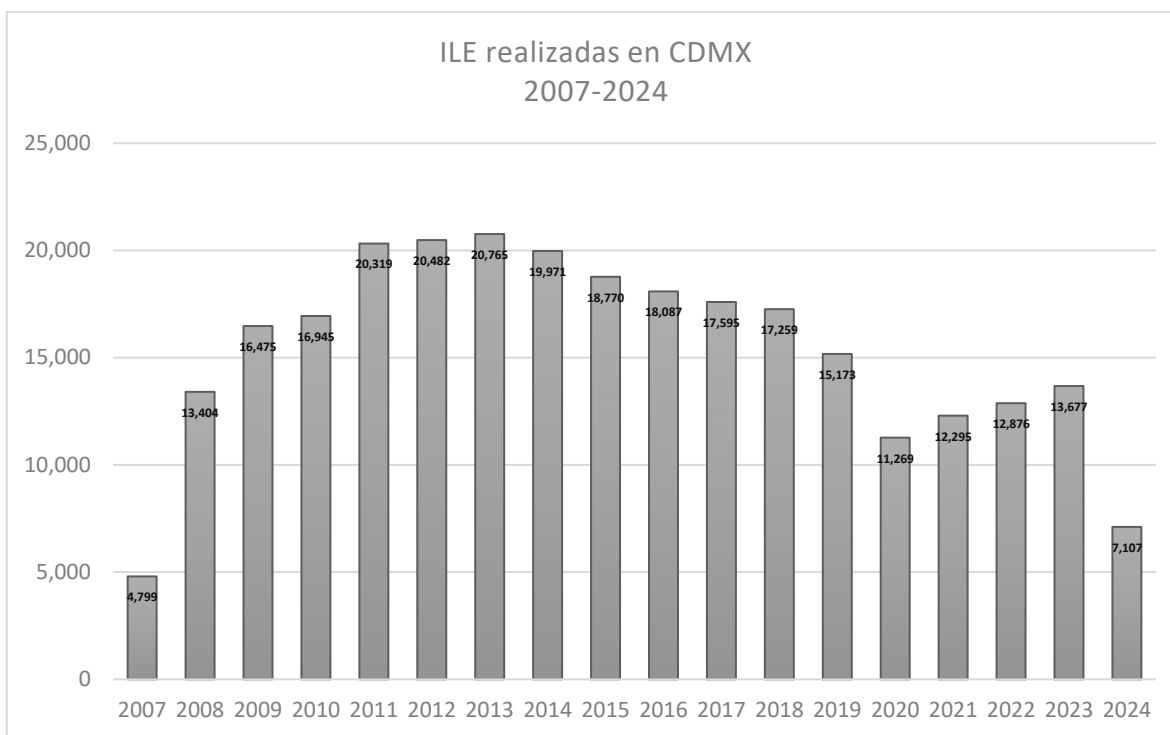
Es importante indicar que ninguna de estas unidades médicas fue creada para poner en marcha la despenalización del aborto, todas eran parte de los servicios públicos ya existentes. Esto pone en evidencia que muchas de estas unidades no

contaban con los recursos, el material y el recurso humano especializados para efectuar procedimientos tan complejos y especializados como los que se llevan a cabo para la ILE.

En los SAS, se ofrecen dos métodos clínicos realizar la ILE, tomando en cuenta “factores como el número de semanas de embarazo, estado de salud de la mujer, el equipo y los medicamentos disponibles” (Semujeres CDMX, 2022):

1. Aborto con el uso de medicamentos. Se utilizan medicamentos para expulsar el contenido del útero, generalmente se practica hasta la semana 9 del embarazo y produce sangrado durante varios días; se utiliza la combinación de mifepristona y misoprostol para alcanzar una eficacia de hasta el 98% durante el primer trimestre. Con misoprostol solo, la eficacia es del 85% durante el mismo lapso del embarazo.
2. Aspiración endouterina. Consisten extraer el contenido del útero mediante succión suave, utilizando una cánula que se introduce por el cuello uterino. Generalmente se emplea anestesia local y puede realizarse con mayor seguridad hasta las 12 semanas de embarazo, teniendo una eficacia de hasta el 98% durante el primer trimestre de la gestación.

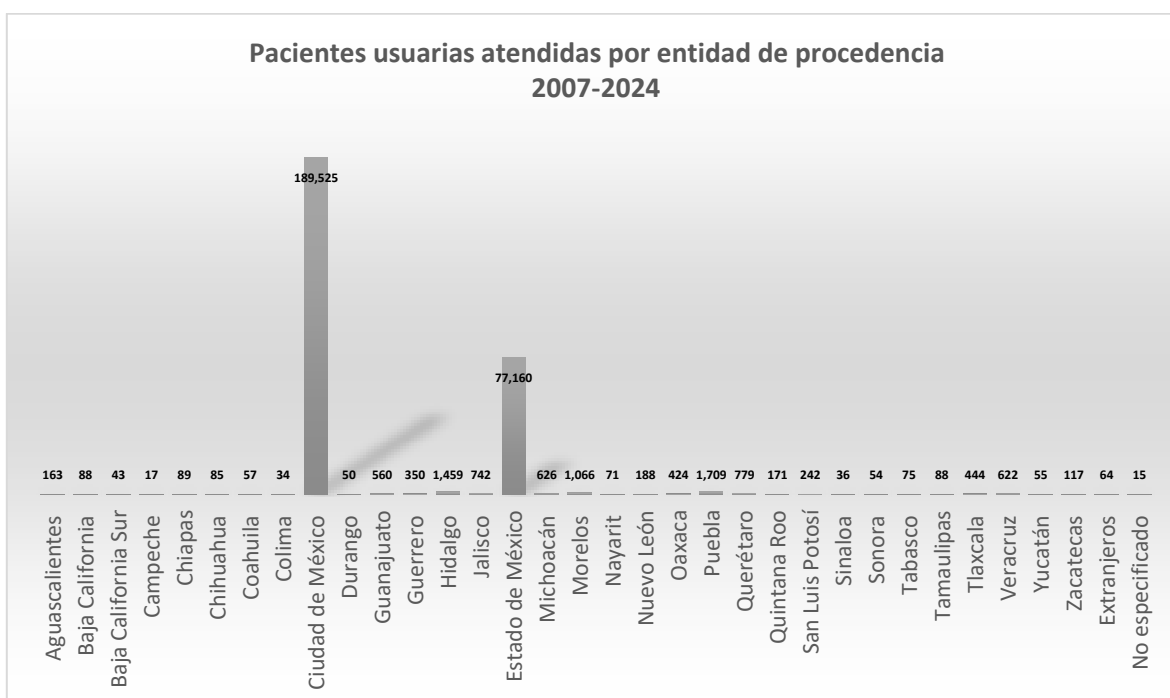
La disponibilidad de estos métodos dentro de los SAS, constituye un elemento esencial para poder analizar la capacidad de atención de los servicios públicos de ILE. En ese sentido, identificaremos también los procedimientos llevados a cabo desde la despenalización del aborto en la Ciudad de México en 2007. Desde ese año hasta junio del 2024, se realizaron en la Ciudad de México un total de 277, 268 procedimientos, los cuales se distribuyeron de la siguiente forma (ILE Salud CDMX, 2024):



Elaboración propia. ILE Salud CDMX, 2024

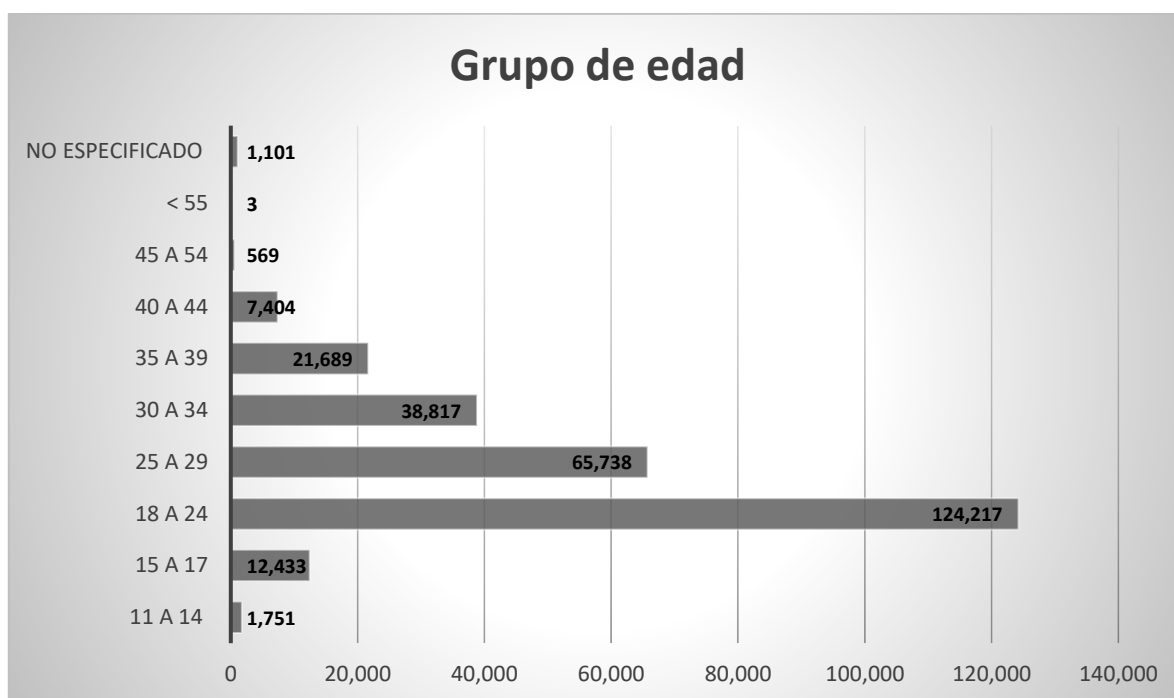
Aunque en el 2024 se presentan solamente datos hasta el mes de junio, siguiendo la tendencia se llegarían aproximadamente a 14,214 ILE realizadas en ese año. Considerando ese número, la tasa media anual sería de 15,892 servicios, lo que hace pensar que durante todo ese periodo de tiempo no ha habido una tendencia a la baja en la realización de estos procedimientos; es decir, que haber legalizado el aborto por sí solo no garantiza que existe una cultura de la prevención de los embarazos no deseados.

Durante ese mismo periodo, si analizamos la entidad de procedencia de las personas gestantes atendidas fue de la siguiente forma:



Elaboración propia. Fuente: ILE Salud CDMX, 2024

Como se puede observar, aproximadamente el 69% de las personas gestantes atendidas eran procedentes de la Ciudad de México. Si bien los aspectos demográfico y geográfico son fundamentales, la magnitud del número indica que la demanda está muy vinculada a la población local, lo que vuelve a poner en la mesa del debate la falta de políticas públicas eficaces para la prevención de embarazos no deseados o no planeados, especialmente con los grupos de población con mayor incidencia, que son los siguientes:



Elaboración propia. Fuente: ILE Salud CDMX, 2024.

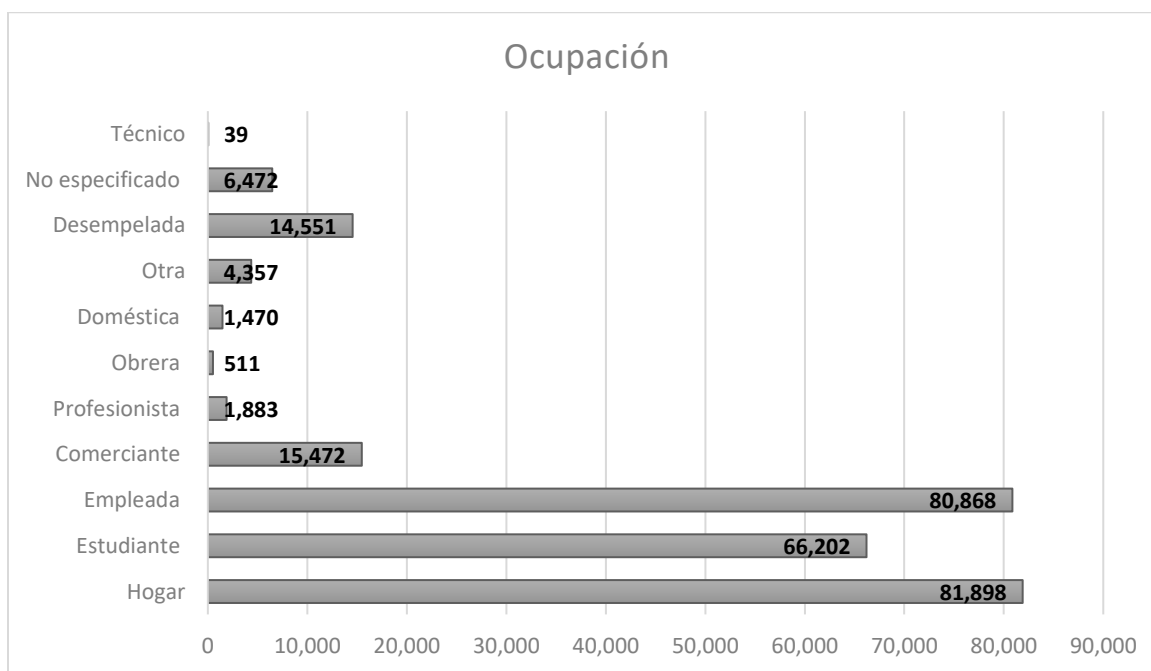
Los datos anteriores muestran que las mujeres jóvenes del rango que va de 18 a 24 años es ampliamente predominante, correspondiendo casi al 46% de los casos totales, seguido por el rango de edades que oscilan entre los 25 y 29 años con el 24% del total. En contraste, el rango de adolescentes de entre 11 y 14 años representa solamente el 1%, siendo uno de los de menor incidencia.

Esto nos sugiere que las políticas públicas en la CDMX deberían de estar dirigidas también hacia las mujeres jóvenes adultas y adultas en edad reproductiva, y no solamente enfocarse en las adolescentes. A nivel mundial existe un compromiso “para prevenir el matrimonio infantil y el embarazo y la maternidad en la adolescencia” (OMS, 2024), en México incluso existe la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), cuyo objetivo es “reducir el número de embarazos en adolescentes en México con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos”

(Inmujeres, 2021). En la Ciudad de México, incluso se creó el Grupo de Prevención del Embarazo de la Ciudad de México (GEPEA), que busca:

la vinculación institucional con gobierno, dependencias y organizaciones de la sociedad civil para reducir el embarazo y fortalecer la prevención [La] estrategia busca contribuir a la reducción del embarazo en las adolescentes de la Ciudad de México a través de la educación integral en sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, la reducción de la violencia sexual en el noviazgo y el acceso a métodos anticonceptivos (GEPEA, 2026).

Ahora bien, con los datos presentados con anterioridad surge la pregunta: ¿Por qué las instituciones gubernamentales de la Ciudad de México no implementan políticas públicas acorde a las necesidades de la población de mujeres y personas gestantes que más lo necesitan? En este caso, se trata principalmente de mujeres entre los 18 y los 34 años que enfrentan embarazos no deseados y por ello acuden a la ILE. Esta situación también puede observarse al analizar su ocupación, ya que los datos muestran una presencia importante de mujeres que se dedican al hogar, son empleadas o estudiantes. La distribución de las usuarias según su ocupación se presenta en la siguiente gráfica:



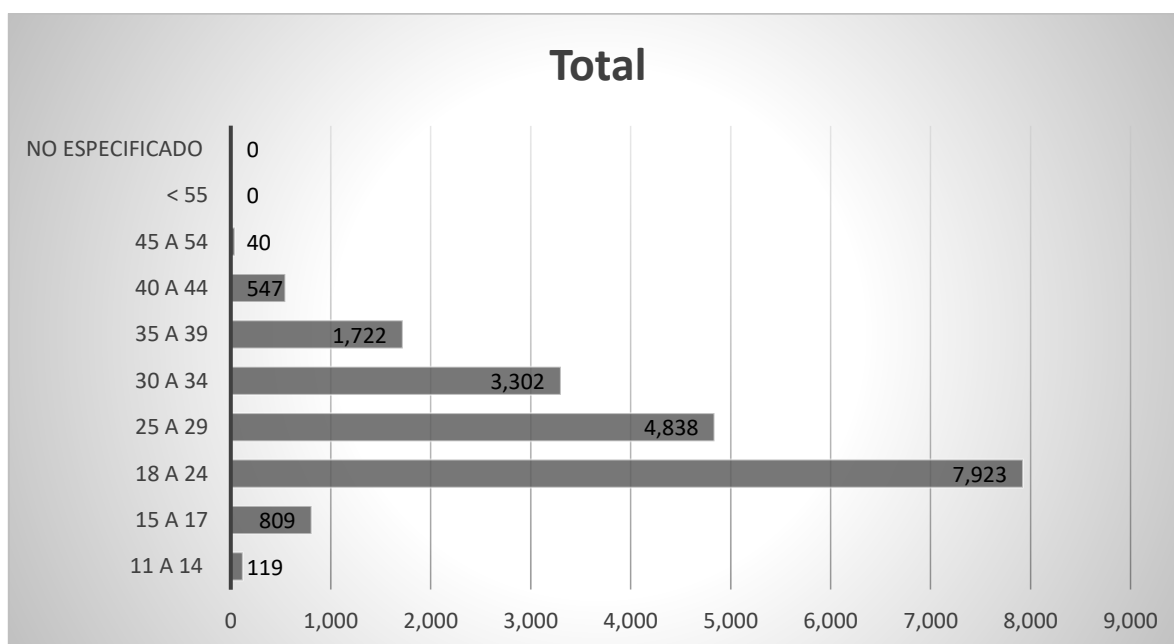
Elaboración propia. Fuente: ILE Salud CDMX, 2024

Como podemos observar, la ocupación de las mujeres que más acuden a practicarse la ILE es de aquellas que se dedican al hogar, superando por un alto porcentaje a las mujeres desempleadas u obreras. Aunado a esto, el 54% de las mujeres que se sometieron a la ILE eran solteras, el 29% se encontraban en unión libre, el 12% casadas, el 3% divorciadas y el 1% separadas (ILE Salud CDMX, 2024).

Estos datos en su conjunto muestran una presencia considerable de mujeres jóvenes de diversas condiciones educativas y laborales, por lo que podemos preguntarnos si la legalización del aborto realmente ha conseguido que el acceso sea verdaderamente igual para mujeres que se encuentran en dentro de toda esa multiplicidad de condiciones tanto de edad, como económicas y laborales.

Datos actuales

En relación con lo anterior, y de acuerdo con datos de la Coordinación Estatal IMSS Bienestar de la Ciudad de México, entre julio de 2024 y diciembre de 2025 se llevaron a cabo 19,300 procedimientos de en la capital de la república ILE (ILE Salud CDMX, 2025), cuya distribución por grupos de edad se presenta de la siguiente manera:



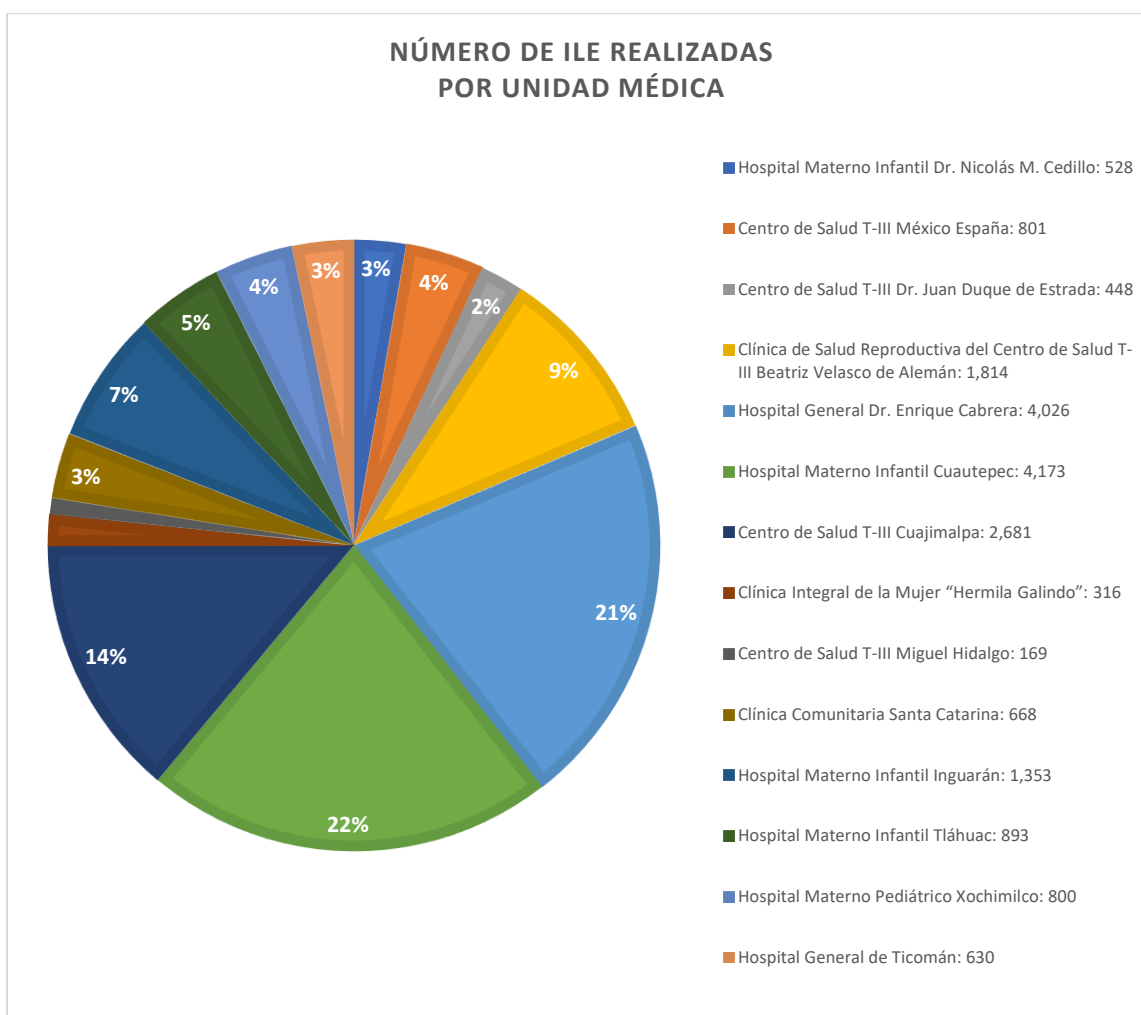
Elaboración propia. Fuente: ILE Salud CDMX, 2025

Como se aprecia en la gráfica, la tendencia es la misma que en los años anteriores. El grupo de mujeres jóvenes de entre 18 a 24 años nuevamente predomina, representando el 41% del total. En segundo lugar se mantiene el rango que va de los 25 a los 29 años, concentrando el 25% del total. En este caso, se puede notar una disminución importante en el grupo más joven que va de los 11 a los 14 años, pues representa menos del 1% del total. De manera complementaria, se distingue un descenso considerable en los grupos de mujeres a partir de los 35 años, pues los casos disminuyen de manera marcada hasta llegar a cero casos en los 55 años o más.

Durante este periodo, la Ciudad de México se consolidó como la entidad de origen con el mayor número de procedimientos de ILE realizados con 13,610, lo que equivale al 70.5%, del total. Seguido con 4,170 procedimientos realizados a mujeres del Estado de México, que corresponde al 21.6% del total. Esto significa que entre estas dos entidades, se concentra el 92.1% del total de procedimientos, lo que permite señalar que, aunque el servicio sea legal y gratuito en la Ciudad de México,

la distancia geográfica continúa constituyendo una barrera de acceso para las mujeres que residen fuera de dicha entidad.

En este sentido, resulta pertinente analizar la distribución territorial de las unidades médicas que ofrecen el servicio de ILE en este periodo que va del 2024 al 2025, ya que esto permite identificar las posibilidades de acceso al servicio dentro de la propia capital. Las cantidades de procedimientos de realizados en las SAS se distribuyeron de la siguiente manera:



Elaboración propia. Fuente: ILE Salud CDMX, 2025.

Los resultados muestran que los hospitales Materno Infantil de Cuauhtémoc y Dr. Enrique Cabrera concentran aproximadamente el 43% del total de procedimientos realizados en la Ciudad de México durante este periodo, lo que nos permite cuestionar qué tanto la demanda de estos procedimientos se concentra en determinadas unidades, así como diferenciar entre tener acceso legal al aborto seguro y acceder efectivamente a él según la ubicación geográfica.

Esta concentración plantea una serie de interrogantes relacionadas con la distribución territorial de los servicios: ¿la alta demanda de las zonas norte y poniente de la ciudad -que es donde se ubican las unidades médicas- refleja diferentes niveles de demanda o la capacidad entre las unidades? ¿la ubicación geográfica de estas unidades médicas refleja la falta de acceso real a la ILE porque implica tiempos y costos de traslado para las usuarias?

Toda esta evidencia cuantitativa analizada permite observar una diferencia entre el reconocimiento legal de la ILE y las condiciones concretas en las que las mujeres pueden acceder al servicio, y cómo esos mismos datos nos muestran que las políticas públicas han olvidado un sector importante de mujeres y personas gestantes que lo necesitan.

¿Accesible y seguro el aborto en la CDMX?

De acuerdo con la Fundación Marie Stopes Mexico (Fundación MSI), para muchas mujeres en México sigue siendo un desafío acceder a servicios seguros para una ILE. Problemas como la falta de información, el estigma social y la carencia de servicios de salud accesibles las llevan a recurrir a abortos clandestinos (Fundación MSI, 2025). Esto pone en peligro incluso la vida de las mujeres, ya que según la OMS, los abortos inseguros son una de las principales causas de mortalidad materna en el mundo (Fundación MSI, 2025).

Para 2025, se estima que cada año ocurren más de 750,000 abortos clandestinos. Casi el 10% de estas mujeres enfrentan complicaciones graves como infecciones, hemorragias y daños irreversibles en su salud reproductiva; incluso algunas de ellas terminan en muerte “por falta de atención médica oportuna” (Fundación MSI, 2025).

Si ya existe con un marco jurídico que garantiza los derechos de las mujeres y su acceso al aborto seguro, ¿por qué persisten los abortos clandestinos? Como lo hemos asentado con anterioridad, muchas mujeres enfrentan barreras como costos elevados, miedo al juicio social o el mismo desconocimiento de sus derechos (Fundación MSI, 2025).

En estados donde el aborto todavía no es legal esta situación se agudiza, pues las mujeres deben trasladarse a otro espacio geográfico por miedo a la persecución judicial; ya que para 2024, se levantaron 459 carpetas de investigación por abortos, mientras que en 2025 se registraron 522 en estados donde todavía existen restricciones legales (MAGMA, 2025). El caso de la Ciudad de México resulta particularmente relevante, ya que aunque es la entidad en la que más ILE se practican cada año y que posee la mayor cobertura a nivel nacional, todavía llega a presentar casos de abortos clandestinos debido a factores como la estigmatización social (La Silla Rota, 2025).

Lo anterior nos conduce a otra problemática relevante relacionada con los derechos de las mujeres y su acceso efectivo al aborto seguro: la violencia obstétrica. Diversas han señalado que esta violencia “está soportada por la falta de regulación del sistema de salud, a pesar de que los agravios contra las mujeres y personas gestantes sean reconocidos por la sociedad” (La Silla Rota, abril 25 2025). Esto ocurre a pesar de que en 2022 se publicó el Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México (LTASM), el cual tiene como objetivo establecer:

los criterios básicos de atención en las unidades de salud para que las mujeres y personas con capacidad de gestar, incluyendo niñas y adolescentes, que requieran servicios de aborto seguro dentro del territorio nacional, tengan acceso a una atención oportuna, resolutiva e integral, basada en las directrices y

recomendaciones internacionales con la mejor evidencia científica disponible, con perspectiva de género y de derechos humanos (SSA et al., 2022).

De acuerdo con el punto 9 del LTASM, las instituciones parte del SAS tienen la obligación de brindar a las usuarias una atención integral, de acuerdo con los siguientes criterios (SSA et al., 2022):

- Acompañamiento emocional y escucha empática.
- Privacidad y confidencialidad.
- Información pertinente sobre la atención antes, durante y después del procedimiento.
- Respeto por la decisión.

Sin embargo, en la práctica estas disposiciones no necesariamente se cumplen, ya que existe numerosos testimonios con los que se puede mostrar la realidad del acceso al aborto seguro en la Ciudad de México, aunque se posea todo el marco jurídico ya desglosado anteriormente. A continuación presentaremos algunos de esos testimonios:

Gema vive en la periferia de la Ciudad de México. El Hospital General del Ajusco, ubicado en la alcaldía Tlalpan, era la unidad médica más cercana a la cual ella podía acudir a realizarse una ILE. Como eran tiempos en los que el mundo pasaba por la crisis sanitaria provocada por el Covid-19, debía enfrentarse a la falta de información de los servicios de salud y la burocracia, lo que la obligó a elegir un aborto autogestivo (Bernal, 2024):

En mi búsqueda de una clínica ILE, me di cuenta que en las periferias hay muy pocas. Cuando llegué al lugar, inmediatamente un policía en la entrada me dijo que ahí no era y yo ‘¿cómo?, si en internet me está diciendo que sí’. Fue muy problemático eso, es como desincentivar a la gente a que lo haga. El personal no está sensibilizado.

Por ello, acompañada de sus amigas, compró y utilizó pastillas de misoprostol sublinguales, a pesar de que “tenía mucho pánico” (Bernal, 2024). El estar acompañada por sus amigas la hizo sentir más tranquila, y ellas mismas le

acompañaron durante los síntomas que le había provocado el medicamento, tales como náuseas, vómito, fiebre, escalofríos y diarrea (Bernal, 2024).

El estado de Querétaro es una de las entidades federativas con mayores restricciones en el código penal local para acceder a un aborto seguro y legal, por ello Regina tuvo que trasladarse a la Ciudad de México (Bernal, 2024). Tenía 19 años y la información acerca del aborto no le llegaba de forma sencilla, por lo que su proceso de atención le fue muy perturbador. Cuando se encontraba en la fila para ser atendida, grupos antiaborto le practicaron un ultrasonido falso para obligarla a cambiar de opinión, además de que la atención era muy hostil. Recuerda que vivió violencia obstétrica, pues prácticamente la obligaron a utilizar un método anticonceptivo que ella no conocía (Bernal, 2024):

En ese momento forzosamente tenías que elegir un método anticonceptivo. Dije que sí y no me explicaron más, me lo pusieron, sentí que dijeron que tenía que usarlo porque había ido a abortar. A mí no me explicaron nada de ese dispositivo y pasaron 6 meses que no tuve menstruación y que me sentía super mal, hasta que me lo tuvieron que sacar de urgencias aquí en Querétaro.

Al momento del procedimiento, Regina se encontraba bajo tratamiento psiquiátrico y en ningún momento le preguntaron su situación de salud, agrega que “le hubiera gustado que le explicaran algunas cosas, como que nadie iba a poder acompañarla dentro del consultorio. Y que el personal de salud hubiera tomado en cuenta su condición mental” (Bernal, 2024).

Para Verónica Cruz, directora de la organización Las Libres, “La Ciudad de México es el peor ejemplo de acceso al aborto por lo obsoleto de su visión y por los servicios que ofrece” (Rico, 2022), tal como lo confirma el caso de María. Ella estudiaba el quinto semestre de su carrera y un tanto presionada por su pareja, decidió interrumpir su embarazo. Para ello, acudió a una clínica pública donde el trato no fue empático, la información no era clara y vivió violencia obstétrica (Rico, 2022):

En la clínica te sugieren que después del proceso te pongas un método anticonceptivo. Ahí ponen un dispositivo hormonal que se llama Mirena, pero es como un “voluntariamente a fuerza”, porque se siente mucho la presión para que te lo pongas. Casi casi te dicen que es para que no vuelvas a regarla, ese tipo de

palabras están mal. No saben qué proceso estás enfrentando internamente como para que te hablen así.

Y más aún, a pesar de que María se dice estar de acuerdo con contar con ese derecho, le sugiere al gobierno dar apoyo psicológico, que “la información de los portales en internet sea efectiva, que se hable más sobre lo que implica el proceso, que se brinde una atención y seguimiento médico más directo y que de verdad haya empatía. Que este derecho de elección abarque más esferas” (Rico, 2022). Por ejemplo, ella confiesa que lloró mucho y se arrepentía, y que en ningún momento fue acompañada por la clínica a la que acudió.

A los 27 años, Diana decidió interrumpir su embarazo. Al buscar opciones, encontró que la unidad pública más cercana era el Centro de Salud T-III México España, ya que era la zona donde ella iba del trabajo a su casa (Peralta, 2019). Desde que llegó la recibió un vigilante agresivo y se le explicó que tenía la opción de dar en adopción al al bebé, pero sin explicarle cómo sería el procedimiento. Es tan conocido el maltrato a las mujeres, que se dan recomendaciones entre ellas para que sea más llevadero el procedimiento:

Te dicen que si te sientes muy mal y vas con algún doctor les digas ‘no sé qué está pasando, estoy abortando y yo quería ser mamá’, para evitar que te den un maltrato, o si te toca un doctor machista o eres de provincia, porque los medicamentos no se registran en tu sangre (Peralta, 2019).

Diana explica que no buscó ayuda psicológica porque no la creyó necesaria, aunque su experiencia fue dura, pues: “Una va pensando ‘no quiero que nadie sepa’. Es muy intimidante, yo creo que alguien podría llegar sola e irse inmediatamente. No te sientes en confianza, sientes que estás huyendo de algo” (Peralta, 2019).

Incluso aquellas mujeres o personas gestantes que acuden a clínicas privadas para practicarse la ILE pasan por momentos en los que pelagra su salud y su integridad, esto debido a la falta de vigilancia y regulación por parte del gobierno de la CDMX. Ana llegó a la Fundación Naiset localizada en la colonia Roma Sur para practicarse la ILE, en donde:

Supuestamente me hicieron un ultrasonido, que dudo mucho que fuera real, y me recomendaron un ‘método más seguro y rápido’, que fuera la interrupción del embarazo por aspiración con anestesia general y acepté (La Silla Rota, 2019).

Inicialmente Ana debía pagar \$900 pesos por el procedimiento con pastillas, pero gracias a ese ultrasonido el costo aumentó a \$4 mil pesos por un supuesto procedimiento por aspiración con anestesia. Después de hacerle el procedimiento recomendado, le entregaron

una hoja con recomendaciones y una receta con antibiótico y desinflamante. Me dijeron que mi periodo tardaría en llegar 40 días o dos meses aproximadamente y que tendría sangrado. Nunca me dijeron que fuera a un ultrasonido después porque me aseguraron que ese método es eficaz, pues lo que se extrae es el producto completo y no requiere segunda visita. Me dieron el número celular que viene en la hoja de recomendaciones para llamar, pero no contestaban cuando intenté llamar a los 15 días (La Silla Rota, 2019).

Días más tarde, Ana comenzó a enfermarse de colitis y gastritis por lo que creía eran los efectos secundarios del medicamento que tomó tras el procedimiento, se realizó una nueva prueba de embarazo casera y dio positivo de nuevo, por lo que

‘Al día siguiente fui con un ginecólogo que me confirmó que estaba embarazada, pero no tenía pocas semanas de gestación, me dijo que mi embarazo era de cinco meses, y no podía creer que había tenido mi periodo hace poco’. Los tiempos coincidieron: nunca fue extraído el producto (La Silla Rota, 2019).

Al hacerse estudios, se dio cuenta de que el producto estaba perfectamente sano, pero le surgió la duda de qué le hicieron mientras estaba inconsciente y si no habría sufrido incluso un abuso sexual. Sus dudas nunca tuvieron respuesta por parte de la clínica, por lo que decidió acudir personalmente pero no la dejaron pasar e incluso le enviaron una patrulla: “Cuando llegó la patrulla nos dijeron que la habían pedido porque estábamos causando disturbios, les dije a los oficiales mi situación y no nos llevaron pero no hicieron nada” (La Silla Rota, 2019). Esa fue la última vez que Ana tuvo algún tipo de contacto con Fundación Naiset.

VIII. Conclusiones

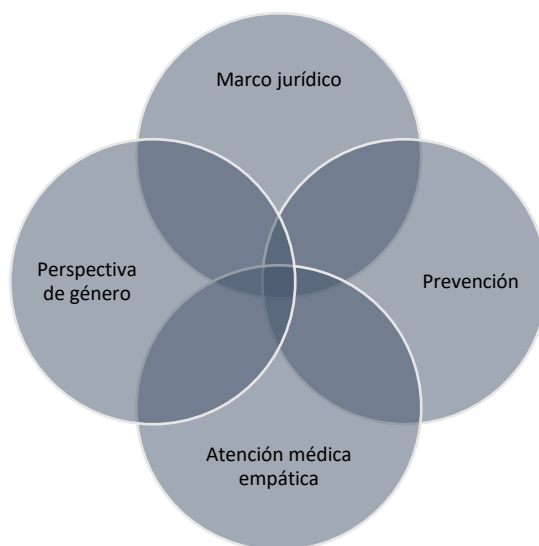
Aunque la legalización de la ILE en la Ciudad de México en 2007 representó un avance significativo para alcanzar el reconocimiento de los derechos a la salud y sexuales y reproductivos de las mujeres en nuestro país, esto no significa que todo el marco jurídico creado a partir de ese momento garantice el acceso pleno e igualitario a todas ellas, pues se ha demostrado que aún persisten barreras económicas, sociales, geográficas informativas y culturales.

Es relevante subrayar que a diferencia de lo que se cree, en la Ciudad de México las adolescentes no son quienes más se someten a la ILE, son especialmente mujeres de entre 18 a 34 años que se ven obligadas a tomar esa decisión, por lo que es imperativo para las autoridades capitales idear, planificar y ejecutar políticas públicas acordes a esos rangos de edades y no enfocar toda su atención en las adolescentes.

Asimismo, los testimonios aquí presentados solamente son una muestra de que todavía existen muchas deficiencias en los SAS capitalinos para atender de manera adecuada y con respeto a los derechos humanos de las mujeres y personas gestantes que desean practicarse una ILE, tales como:

1. Deficiencias en la atención.
2. Falta de información.
3. Falta de empatía.
4. Nulo acompañamiento.
5. Posibles prácticas de violencia obstétrica.

Por lo anterior, no es aventurado plantear que para que exista un acceso sin barreras al aborto seguro y a la totalidad de los derechos de las mujeres, se requieren políticas públicas integrales que articulen el marco jurídico, acciones de prevención, atención médica humana, empática y de calidad, y una profunda y consciente perspectiva de género.



Elaboración propia.

Posibles soluciones

Como se indicó con anterioridad, las posibles soluciones pueden tomar como punto de partida la confección de políticas públicas adecuadas, integrales y con perspectiva de género. Algunas de ellas ya existen y no son excluyentes, incluso pueden complementarse, pero no siempre son aprobadas o aplicadas por temas que rebasan el objeto de estudio de esta investigación. Por ello, presentamos a continuación algunas propuestas que han sido planteadas por legisladores, y que pueden contribuir a atender las diversas dimensiones de esta problemática.

En 2018, la senadora Martha Cecilia Márquez Alvarado presentó una iniciativa que expedía la Ley General de Protección de las Mujeres Embarazadas “con el propósito de adecuar el marco jurídico para que se reconozca la importancia social de la maternidad y, en consecuencia, se otorguen beneficios que coadyuven a su normal y sano desarrollo” (PAN, 2018). En palabras de la senadora, la importancia social y la trascendencia jurídica de su iniciativa de ley radicaba en “proteger del desamparo social y económico a toda mujer sólo por estar embarazada” (PAN, 2018).

Porponía la creación de Centros de Atención a la Maternidad y una Red de Apoyo a Mujeres Embarazadas, integradas por las diversas instituciones y organizaciones

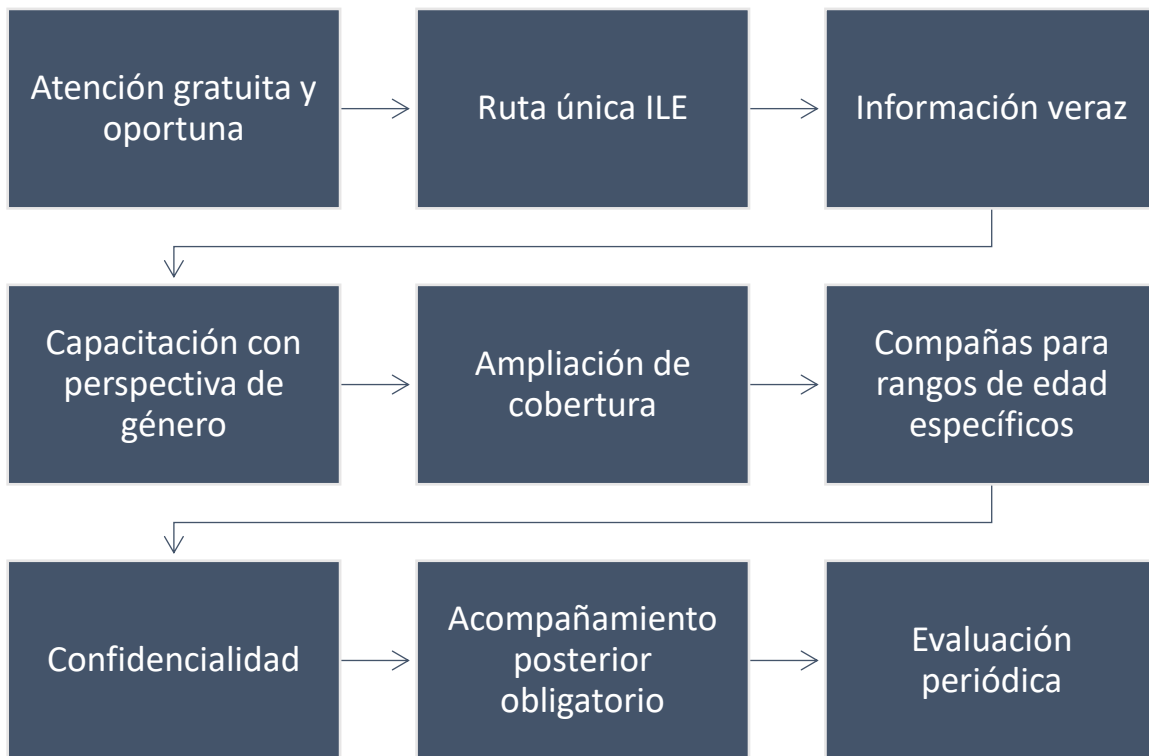
de la sociedad civil para que se llevara a cabo el cumplimiento de dicha disposición. Esto permitiría a las mujeres embarazadas tener un apoyo institucional y una opción para decidir de mejor forma si desea o no interrumpir su embarazo.

Por otra parte, en 2021 el senador Julen Rementería presentó una iniciativa que planteaba crear la Ley del Fondo de Apoyo a la Maternidad, con el objetivo de “apoyar a las mujeres embarazadas en situación de calle y víctimas de violencia y/o violación, que deciden continuar con su embarazo y tener a sus hijos” (PAN, 2021). Con ello buscaba que las mujeres embarazadas pudieran decidir ser madres teniendo ayuda médica y psicológica, así como un refugio, manutención, capacitación para el trabajo y empleo temporal, desde el momento en que supieran sobre su embarazo y hasta un año posterior a su alumbramiento.

En conjunto con estas propuestas preventivas, tendrían que ponerse en marcha una política pública integral de acceso efectivo a la ILE en la Ciudad de México, con las siguientes características:

- Garantizar la atención gratuita y oportuna sin distinción alguna.
- Crear una única ruta administrativa y médica de atención a la ILE.
- Información y orientación veraz sobre cada uno de los pasos del proceso.
- Capacitar a todo el personal de salud que esté involucrado en el proceso, sobre derechos humanos y perspectiva de género.
- Ampliar la cobertura con más SAS, para barcar lugares alejados y de bajos recursos.
- Crear campañas específicas para fortalecer el acceso a la ILE de las mujeres de entre 18 y 34 años de la CDMX.
- Proteger en todo momento la confidencialidad de las personas gestantes.
- Brindar acompañamiento médico y psicológico posterior de forma obligatoria.
- Evaluar el servicio periódicamente, para mejorar continuamente esta política pública.

Política pública integral de ILE



Elaboración propia

IX. Bibliografía

- BCN (2015). Interrupción voluntaria del embarazo. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.
- Bernal, Nadia. (2024, mayo 27). *¿Cómo es abortar?* M de Mujer. <https://mdemujer.org/como-es-abortar/>
- Cámara de Diputados (2007, abril 25). *Reformas relacionadas con la interrupción legal del embarazo.* Cámara de Diputados. https://www.diputados.gob.mx/servicios/datorele/LX_LEG/SEGUNDO%20POS%201%20ANO/25-abr-07/8a.htm
- Cámara de Diputados (2026, enero 15). *Ley General de Salud (LGS).* Cámara de Diputados. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Cámara de Diputados (2026, enero 15). *Ley General del Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencias.* Cámara de Diputados. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- Cámara de Diputados (2026, enero 25). *Código Penal Federal (CPF).* Cámara de Diputados. <https://mexico.justia.com/federales/codigos/codigo-penal-federal/gdoc/>
- Cámara de Diputados (2026, enero15). *Ley General para la Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres (LGISMH).* Cámara de Diputados. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGISMH.pdf>
- CDHCM (2025, abril). *Hacia los 18 años de la Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México.* Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México. <https://cdhcm.org.mx/2025/04/hacia-los-18-anos-de-la-interrupcion-legal-del-embarazo-en-la-ciudad-de-mexico/>

- Centro Médico Mujer (2025, junio 10). *Embarazos no deseados. Comprendiendo las Causas y Ofreciendo Soluciones*. Centro Médico Mujer. <https://www.centromedicomujer.mx/blog/2025/06/10/2091>
- Clínica Emby (2026). *Consecuencias del aborto*. Clínica Emby. <https://clinicaemby.es/embyblog/consecuencias-aborto/>
- Código Penal Para el Distrito Federal [CPDF] (2002, julio 16). Congreso de la Ciudad de México. <https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/2485b9f0cd71a9b5a81aae8195b16ed2aa6716c1.pdf>
- CONAVIM (2016, marzo). *¿Sabes en qué consiste la violencia obstétrica?* Gobierno de México. <https://www.gob.mx/conavim/articulos/sabes-en-que-consiste-la-violencia-obstetrica?>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [CPEUM] (2026, junio 2). Cámara de Diputados. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Consultor Salud (2025). *Crisis presupuestaria en salud México en 2025*. Consultor Salud. <https://consultorsalud.com.mx/crisis-presupuestaria-salud-mexico-2025/>
- Fundación MSI (2025). *El lado oscuro de los abortos clandestinos: cifras alarmantes de mortalidad en México*. Fundación MSI. <https://fundacionmsi.org.mx/el-lado-oscuro-de-los-abortos-clandestinos-cifras-alarmantes-de-mortalidad-en-mexico/>
- Gobierno de la Ciudad de México (2015). *Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal*. Gobierno de la Ciudad de México. https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/images/leyes/reglamentos/RGTO_DE_LA_LEY_DE_SALUD_DEL_DISTRITO_FEDERAL_3.pdf

Gobierno de México (2026). *Directorio Nacional de Servicios de Aborto Seguro en las Instituciones Públicas de Salud*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/cnegssr/articulos/directorio-de-servicios-de-aborto-seguro?>

https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/21343/4/BCN%20Interrupcion%20voluntaria%20del%20embarazo_2015_FINAL_v3.pdf

ILE Salud CDMX (2024). *Interrupción Legal del Embarazo. Informe estadístico*. Secretaría de Salud de la Ciudad de México. <https://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/ILE-WEB-jun2024.pdf>

ILE Salud CDMX (2025). *Interrupción Legal del Embarazo. Informe estadístico julio 2024-junio 2025*. Secretaría de Salud de la Ciudad de México <https://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/ILE-WEB-jul2024-jun2025.pdf>

Inmujeres (2021, diciembre 22). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/historico-instituto/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>

Inmujeres (2026). *La perspectiva de género en la política pública*. Gobierno de la Ciudad de México. <https://cajadeherramientaspeg.cdmx.gob.mx/perspectiva-de-genero>

La Silla Rota (2019, marzo 31). *Quise abortar en la clínica, me engañaron*. La Silla Rota. <https://lasillarota.com/especiales-lsr/2019/3/31/quise-abortar-en-la-clinica-me-enganaron-149805.html>

La Silla Rota (2025, abril 25). *Malas prácticas permanecen en CDMX, a 17 años de la despenalización del aborto*. La Silla Rota. <https://lasillarota.com/metropoli/2024/4/25/malas-practicas-permanecen-en-cdmx-17-anos-de-la-despenalizacion-del-aborto-392502.html>

LTASM (2022). Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México.
Secretaría de Salud.

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-FINAL Interactivo 22NOV 22-Lineamiento técnico aborto.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-FINAL_Interactivo_22NOV_22-Lineamiento_tecnico_aborto.pdf)

MAGMA, (2025, agosto 24). *Aumentan investigaciones por aborto en México durante 2025*. MAGMA Noticias. <https://mgmnoticias.mx/noticias/aumento-investigaciones-aborto-mexico-2025>

NOM-046-SSA2-2005 (2016, marzo 24). *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*. Diario Oficial de la Federación.

https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24%2F03%2F2016&utm#gsc.tab=0

Nova, Juana. (2022, julio-diciembre). “Despenalización del aborto en México. Una medida insuficiente para garantizar el derecho a decidir de las mujeres”. *Revista Electrónica de Investigación Aplicada en Derechos Humanos*. <https://www.redalyc.org/journal/6761/676174570003/html/>

OMS (2024, abril 10). *Embarazo en la adolescencia*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

OMS (2026). *Aborto*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/health-topics/abortion#tab=tab_1

OMS (2026). *Aborto: Datos y cifras*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion?>

PAN (2018, septiembre 25). *Propone GPPAN crear la Ley General de Protección a las Mujeres embarazadas*. Partido Acción Nacional-Senado de la República. <https://www.pan.senado.gob.mx/2018/09/propone-gppan-crear-la-ley-general-de-proteccion-a-las-mujeres-embarazadas/?>

- PAN (2021, noviembre 10). *Promueve Julen Rementería la Ley del Fondo de Apoyo a la Maternidad*. Partido Acción Nacional-Senado de la República. <https://www.pan.senado.gob.mx/2021/11/promueve-julen-rementeria-la-ley-del-fondo-de-apoyo-a-la-maternidad/>?
- Peralta, Cynthia. (2019, abril 3). *¿Cómo es abortar (en silencio) en la CDMX?* Chilango. <https://www.chilango.com/noticias/reportajes/abortar-en-la-cdmx/>
- Proceso (2007, mayo 11). *Responde la CDHDF al PAN: despenalización del aborto, acorde con la Constitución*. Proceso. <https://www.proceso.com.mx/nacional/cdmx/2007/5/11/responde-la-cdhdf-al-pan-despenalizacion-del-aborto-acorde-con-la-constitucion-46305.html>
- Rico, Greta. (2022, noviembre). *Aborto seguro y cariñoso: el cuidado de las acompañantes*. El País. <https://elpais.com/planeta-futuro/2022-11-02/aborto-seguro-y-carinoso-el-cuidado-de-las-acompanantes.html>
- Rodríguez y Martínez. (2021, mayo-junio). *La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España*. Sociedad Española de Salud Pública y Administración sanitaria. <https://gacetasanitaria.org/es-la-violencia-obstetrica-una-practica-articulo-S0213911120301898>
- Salud CDMX (2026). *Interrupción Legal del Embarazo*. Secretaría de Salud de la Ciudad de México. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/ILE?>
- SCJN (2022). *Derechos sexuales y reproductivos*. Suprema Corte de Justicia de la Nación. https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/publicaciones_scjn/publicacion/2023-03/CUADERNO%20NUM%2016_DYF_DERECHOS%20SEXUALES_FINAL%20DIGITAL.pdf?
- SCJN (2025). *La perspectiva de género y el derecho penal*. Suprema Corte de Justicia de la Nación.

https://www.sitios.scjn.gob.mx/cec/sites/default/files/publication/documents/2025-12/CUADERNO%20JP_LA%20PERSPECTIVA%20DE%20GENERO%20Y%20EL%20DERECHO%20PENAL_FINAL%20DIGITAL.pdf

Secretaría de Salud et al [SSA]. (2022). *Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México*. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2FINAL_Interactivo_22NOV_22-Lineamiento_te_cnico_aborto.pdf

Semujeres CDMX (2022). *Folleto sobre Interrupción Legal del Embarazo*. Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México. https://www.semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/ILE/Folleto_ILE.pdf

Semujeres CDMX (2026). *Conoce tus derechos*. Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México. <https://www.semujeres.cdmx.gob.mx/conoce-tus-derechos>

SEP (2025). *Cartilla de Derechos de las Mujeres del Gobierno de México*. Secretaría de Educación Pública. [https://gestion.cte.sep.gob.mx/insumos/docs/2425_s6_Cartilla_de_Derechos de las Mujeres 07 marzo 25.pdf](https://gestion.cte.sep.gob.mx/insumos/docs/2425_s6_Cartilla_de_Derechos_de_las_Mujeres_07_marzo_25.pdf)

UNIR (2026). *Directorio de servicios de aborto seguro*. Secretaría de Salud. <https://mexico.unir.net/noticias/derecho/derechos-mujeres/>

Es una investigación de análisis del Partido Acción Nacional en la Ciudad de México.
Registro ante el Instituto Nacional de Derechos de Autor en trámite
Partido Acción Nacional en la Ciudad de México
Durango No. 22, Col. Roma, C.P. 06400, México, CDMX.