

# NOTA TÉCNICA 3

---

## MÁS ALLÁ DE LA LEGALIZACIÓN. LA INCORPORACIÓN DEL ABORTO A LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

---

**Renata  
Turrent  
Hegewisch**

### **Resumen**

La criminalización del aborto genera riesgos sociales que afectan la salud y la vida de las mujeres. Éstos solamente se podrán resolver mediante la legalización e incorporación a la seguridad social de la interrupción del embarazo. El objetivo final de esta propuesta es la defensa de la vida y la dignidad, por lo que se apela a que el Estado garantice las condiciones necesarias para que todas las mujeres ejerzan maternidades elegidas y salvaguarde la vida y la salud de las que deciden no hacerlo.

## Argumentos centrales

- \* La interrupción legal del embarazo protege la vida, mientras que la criminalización arriesga la salud de miles de mujeres y suma más de 90 muertes prevenibles al año sin disminuir el número de abortos. Las experiencias de los países donde se ha legalizado muestran que la incidencia permanece constante, pero se erradican las muertes maternas por abortos inseguros.
- \* El aborto inseguro y la maternidad son riesgos sociales, pues agudizan desigualdades estructurales —muertes maternas, problemas de salud y decremento en ingresos a corto y largo plazo, por ejemplo—, así que el Estado debe garantizar que las mujeres puedan ejercer o eludir su maternidad de manera segura y digna para evitar que dichas desigualdades se reproduzcan.
- \* Se propone que no sólo se busque la despenalización, sino también que se regulen las leyes de salud para poder incorporar el aborto a los sistemas de seguridad social. Sólo bajo esta perspectiva, la despenalización mitigará los riesgos sociales generados por la criminalización.
- \* Es necesario que se garantice la objeción de conciencia, sin que esto implique que el Estado pierda su responsabilidad de garantizar los servicios para la interrupción del embarazo. La objeción debe permitirse de manera individual (personas físicas), pero no institucional (personas morales); es decir, las instituciones de salud pública deben tener personal de salud no objetor en todo momento para evitar que el derecho de objeción obstruya el derecho a decidir.

## Introducción

La interrupción del embarazo es ilegal en prácticamente toda la República Mexicana, a excepción de la Ciudad de México, donde es legal desde 2007, y recientemente de Oaxaca, en donde se reformó el código penal en septiembre de 2019. En este contexto, decenas de mujeres se encuentran bajo rejas, decenas más mueren cada año a causa de complicaciones por abortos clandestinos, y niñas y adolescentes son obligadas a interrumpir su niñez para convertirse en madres.<sup>1</sup>

Desde la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), se plantea que tanto el aborto como la maternidad son riesgos sociales que afectan la salud, la vida y/o la situación socioeconómica de las mujeres,<sup>2</sup> agudizando así las desigualdades estructurales. Por esta razón, si bien la decisión de ejercer o no la maternidad es profundamente privada, la atención y prevención de los riesgos que conlleva debe ser pública, pues de otra forma no se resolverán dichas desigualdades. Es decir, el Estado, mediante la seguridad social y sus instituciones de salud, debe proporcionar las condiciones necesarias para que todas las mujeres puedan ejercer maternidades elegidas y dignas o interrumpir el embarazo de manera segura.

<sup>1</sup> México ocupa el primer lugar en embarazos adolescentes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

<sup>2</sup> En esta nota se utiliza la definición de Antonio Ruezga Barba: “ciertos riesgos o contingencias que afectan su salud, su vida, su capacidad laboral y sus ingresos económicos necesarios para llevar una existencia digna”, *Seguridad social. Una visión latinoamericana*, Serie Biblioteca CISS, núm. 8, 2009, p. 3.

En el país, históricamente, diversos sectores conservadores han bloqueado la mayoría de las iniciativas para la despenalización parcial o total del aborto. No obstante, además de la legalización en la Ciudad de México, ha habido varios avances, principalmente provenientes de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), que han buscado garantizar la interrupción del embarazo por lo menos en ciertas circunstancias extremas. Existen también algunas entidades federativas que si bien no han legalizado el aborto, por lo menos no castigan con cárcel a las mujeres que se lo realizan, como Michoacán, Chiapas o Veracruz. Sin embargo, en todos los estados donde el aborto es ilegal, se castiga al personal de salud con por lo menos cuatro meses de privación de la libertad,<sup>3</sup> lo que orilla a muchas mujeres a interrumpir el embarazo en condiciones inseguras, arriesgando su salud y su vida.

Independientemente de los posicionamientos encontrados sobre la protección de la vida, los datos evidencian que sólo mediante la legalización e incorporación del aborto a la seguridad social se salvan vidas, pues la criminalización no reduce la incidencia. Por lo anterior, esta nota técnica expone una propuesta de implementación que asegura que, una vez legalizada, todas las mujeres tengan acceso a la interrupción de embarazos no deseados de manera segura y, así, se salven decenas de vidas al año.

<sup>3</sup> GIRE, “Maternidad o castigo. La criminalización del aborto en México”, 2018. Disponible en [http://criminalizacionporaborto.gire.org.mx/assets/pdf/Maternidad\\_o\\_castigo.pdf](http://criminalizacionporaborto.gire.org.mx/assets/pdf/Maternidad_o_castigo.pdf)

## El aborto inseguro y la maternidad como riesgos sociales: un diagnóstico del caso mexicano

Las cifras pintan una realidad cruda para las mujeres mexicanas que se ven obligadas a interrumpir el embarazo de manera ilegal. Por un lado, se pone en riesgo su autonomía, su salud y su vida, se atenta contra el libre desarrollo de las niñas y jóvenes que son obligadas a ser madres, sin considerar además los riesgos de salud que conlleva un embarazo antes de los 20 años de edad. Por otro lado, la criminalización del aborto priva de la libertad a decenas de mujeres y tiene a miles en procesos penales.<sup>4</sup>

La maternidad también es un riesgo social, especialmente por el impacto que tiene en los ingresos de corto y largo plazo de las madres. Por las razones expuestas, el aborto inseguro y la maternidad deben ser tratados desde la seguridad social<sup>5</sup> y los sistemas de

salud, pues de no hacerlo, los efectos estructurales no se resolverán y las mujeres y adolescentes de bajos ingresos seguirán pagando las consecuencias más graves.

### Muertes maternas y morbilidad

Se define como muerte materna a la que sucede durante el embarazo, el parto o hasta 42 días después del parto por causas prevenibles.<sup>6</sup> En México, hay más de 900 muertes maternas al año, y si bien es complicado calcular cuántas de ellas son causadas por abortos inseguros, varios estudios calculan que el 10 % de las muertes maternas ocurren por esa razón en países donde el aborto está penalizado.<sup>7</sup> Es importante resaltar tres cuestiones al respecto: primero, que puede haber una subestimación del número de muertes maternas; segundo, que éstas afectan de manera desproporcionada a las adolescentes, de hecho, es la principal causa de muerte en este grupo demográfico;<sup>8</sup> tercero, como lo

<sup>4</sup> *Idem.*

<sup>5</sup> Desde la CISS, la *seguridad social* se define como “un derecho humano que tiene como objetivo contribuir al bienestar personal y social, y que comprende un conjunto de transferencias y servicios de carácter solidario y público, cuya responsabilidad fundamental recae en el Estado, y que buscan proteger a los individuos y las colectividades ante riesgos sociales, que reducen la vulnerabilidad social y promueven la recuperación ante las consecuencias de un riesgo social materializado, dignificando así las distintas etapas de la vida, y promoviendo la inclusión y el reconocimiento de la diversidad social.” Para mayor información sobre el marco conceptual utilizado, véase Mariela Sánchez-Belmont, Miguel Ramírez y Frida Romero, *Propuesta conceptual para el análisis de la seguridad social desde la CISS*, CISS, Ciudad de México, 2019. Disponible en [https://ciss-bienestar.org/cuadernos/pdf/Marco\\_conceptual.pdf](https://ciss-bienestar.org/cuadernos/pdf/Marco_conceptual.pdf)

<sup>6</sup> Definición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Disponible en [https://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=article&id=341:salud-materna&Itemid=387](https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=341:salud-materna&Itemid=387)

<sup>7</sup> Guttmacher Institute, “Aborto en América Latina y el Caribe”, 2018. Disponible en <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-en-america-latina-y-el-caribe>

<sup>8</sup> OMS, *Key Facts*, 2018. Disponible en <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

dice su definición, son muertes que podrían ser erradicadas, pero se decide no hacerlo.

Además de lo anterior, la salud de las mujeres puede verse afectada de manera importante a causa de procedimientos inseguros o cuando se impone continuar con un embarazo de alto riesgo. De acuerdo con un estudio realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), durante la década de los noventa, aproximadamente el 63 % de las intervenciones de emergencia en hospitales públicos a mujeres embarazadas, se debieron a complicaciones causadas por abortos inseguros.<sup>9</sup>

## Embarazos adolescentes

Otro grave problema de la criminalización del aborto es el embarazo adolescente no deseado. Se calcula que alrededor de 18.5 millones de niñas menores de 19 años dan a luz cada año en países en vías de desarrollo.<sup>10</sup> Las adolescentes son mucho más vulnerables a ser víctimas de violencia sexual que las mujeres adultas.

En México, en 2017, se reportó que cerca de 390 000 adolescentes dieron a luz, aunque casi la mitad de estos embarazos fueron involuntarios.<sup>11</sup> Como se menciona en la introducción, México es el país de la OCDE con más embarazos adolescentes, con 77 nacimientos por cada 1000 adolescentes de 15 a 19 años,<sup>12</sup> una

<sup>9</sup> Ana Langer, “El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, núm. 11, vol. 3, 2002. Disponible en <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>

<sup>10</sup> *Idem*.

<sup>11</sup> GIRE “La pieza faltante”, 2018. Disponible en <https://gire.org.mx/limon/la-pieza-faltante/>

<sup>12</sup> Inmujeres “Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes” 2019. Disponible en <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-pa->

tasa muy por encima de los países en los que el aborto es legal (Uruguay tiene 58, Cuba 43, EUA 30 y Canadá 14).<sup>13</sup>

El gobierno federal, mediante su Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) busca erradicar los embarazos en adolescentes menores de 14 años y reducir a la mitad los de las jóvenes de 15 a 19 años.<sup>14</sup> Sin embargo, es difícil acabar con los embarazos de niñas si no se garantiza el acceso a abortos seguros y sin una educación sexual integral.

## Brechas salariales

Existen evidencias de que la maternidad tiene un efecto negativo en el salario de las mujeres. La “penalización por maternidad” y el “bono por paternidad” se refieren al cambio en los salarios de las mujeres y de los hombres al tener hijos. En Estados Unidos, por ejemplo, se calcula que, en promedio, por cada hijo los padres ven un incremento salarial del 6 % y las madres un decremento de 4 %.<sup>15</sup> Además, las mujeres con hijos suelen ser menos recomendadas para ascender de puesto que las muje-

---

*ra-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454*

<sup>13</sup> Index Mundi, Tasa de fertilidad en adolescentes. Disponible en <https://www.indexmundi.com/es/datos/indicadores/SP.ADO.TFRT>

<sup>14</sup> Inmujeres “Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes” 2019. Disponible en <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>

<sup>15</sup> Claire Cain Miller, “The Motherhood Penalty vs. the Fatherhood Bonus”, *New York Times*, 2014. Disponible en <https://www.nytimes.com/2014/09/07/upshot/a-child-helps-your-career-if-youre-a-man.html>

res sin hijos o los hombres, y son calificadas como menos competentes por sus empleadores que sus contrapartes.<sup>16</sup>

Por lo anterior, es indispensable que el Estado, mediante la seguridad social, amplíe los servicios asociados a la maternidad —desde servicios de salud pública que atiendan el embarazo, hasta licencias de maternidad y paternidad y guarderías públicas— para garantizar que quien desee ser madre lo pueda hacer de manera digna, y quien decida no serlo pueda hacerlo libre de riesgos.

## Penalización del aborto

En México, el aborto es ilegal a nivel federal y en 30 de 32 entidades federativas. Los códigos penales locales no son homogéneos, pero el castigo por interrumpir el embarazo puede llegar hasta los seis años. Algunos estados tienen además multas económicas, mientras que otros sancionan con servicio comunitario (como Michoacán) o medidas alternativas (como Chiapas o Veracruz). Asimismo, en to-

dos los estados en los que es ilegal, se castiga con prisión al cuerpo médico que realice abortos; en 12 se les imponen también multas; en 4, trabajo comunitario o reparación de daños, y en todos —menos San Luis Potosí—, la suspensión del ejercicio profesional.<sup>17</sup>

En cuanto a las denuncias y sentencias por aborto, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) encontró registro de 4246 denuncias realizadas entre enero de 2007 y diciembre de 2016, con Baja California y la Ciudad de México como las entidades con mayor incidencia. También se encontró registro de 531 juicios penales, de los cuales 52 eran a nivel federal y en los que destacaron el Estado de México y Tamaulipas como las entidades con mayor incidencia. En el mismo periodo se rastrearon 228 sentencias, así como 43 juicios penales y 32 sentencias por otros delitos relacionados, como el infanticidio, por ejemplo. Como se puede observar en la Tabla 1, son muy pocos los estados que reconocen otras causales legales de aborto además del riesgo de la vida de la mujer o la violación, que está protegida por la NOM-046-SSA2-2005 y ratificada por la SCJN.

<sup>16</sup> Stephan Benard *et al.*, “Getting a Job: Is There a Motherhood Penalty?”, *Harvard Women and Public Policy*, 2007. Disponible en <http://gap.hks.harvard.edu/getting-job-there-motherhood-penalty>

<sup>17</sup> GIRE, “Causales de aborto en códigos penales”. Disponible en línea: <https://gire.org.mx/consultations/causales-de-aborto-en-codigos-penales/?ca-t=datos&type=>

**Tabla 1. Causales legales de aborto en las entidades federativas**

<b>Causal legal</b>	<b>Entidades federativas</b>
Violación	Todas las entidades
Salvaguardar la vida de la mujer	25 entidades (todas excepto Chihuahua, Guanajuato, Querétaro, Hidalgo, Michoacán, Guerrero y Campeche)
Salud de la mujer	14 entidades (Baja California Sur, Chihuahua, Nuevo León, Tamaulipas, Zacatecas, Nayarit, Jalisco, Colima, Michoacán, Hidalgo, Guerrero, Tlaxcala, Campeche y Ciudad de México)
Malformaciones graves del embrión o feto	16 entidades (Baja California Sur, Coahuila, Colima, Michoacán, Estado de México, Hidalgo, Veracruz, Puebla, Tlaxcala, Ciudad de México, Morelos, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Yucatán y Quintana Roo)
Razones socioeconómicas	Michoacán y Yucatán (sólo cuando la mujer embarazada tenga ya cuando menos tres hijos)
Voluntad de la mujer (hasta las 12 semanas)	Ciudad de México y Oaxaca

Fuente: Elaboración propia con datos del GIRE.

## Cuestiones morales sobre la legalización del aborto

El aborto, a diferencia de la mayoría de los actos criminalizados, tiene un componente peculiar que genera polémica, ya que involucra por lo menos dos problemas: el derecho a decidir, que se contrapone al derecho de una posible vida humana y la reproducción social. Para quienes consideran que la vida humana empieza desde la concepción, la interrupción de la gestación es moralmente inadmisibles, pues imposibilita una vida y esto sobrepasa el derecho a decidir. Es verdad que, para que la humanidad persista, se necesita su reproducción, y el Estado tiene la obligación de resguardarla; sin embargo, criminalizar el aborto ni si quiera abona en este sentido, pues hay evidencias sobradas de que no reduce el número promedio de abortos y sí aumenta, en cambio, el de muertes maternas.<sup>18</sup> Prueba de esto son las regiones de Europa Oriental y Asia Central, que muestran que la manera de disminuir el número de abortos es la educación sexual au-

<sup>18</sup> El control de la sexualidad de la mujer y su confinamiento al espacio privado son también elementos importantes que contribuyen a la aversión social al aborto. Este tema se aborda con mayor profundidad en Renata Turrent, *Aborto, maternidad y seguridad social*, CISS, Ciudad de México, 2019. Disponible en <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2019/09/aborto-maternidad-seguridad.pdf>

nada a la distribución masiva y gratuita de anticonceptivos.<sup>19</sup>

Ante posturas tan polarizadas, el teólogo y arzobispo Carlo María Martini afirma que existe una cuestión en la que ambos extremos de la discusión pública coinciden: que la vida es valiosa desde el punto de vista ético, así que las diferencias radican más bien en la manera de legislar su protección.<sup>20</sup>

La filósofa Judith Jarvis Thomson propone un argumento complementario en su ensayo “Una defensa del aborto”,<sup>21</sup> en el que parte de la premisa de que la vida humana empieza desde la concepción. A pesar de hacerlo, fundamenta que esto no le da el derecho a utilizar el cuerpo de la mujer sin que ella así lo decida para sobrevivir durante la gestación. Por medio de varias analogías deconstruye los argumentos en contra del aborto, desde quienes se oponen aunque la vida de la mujer esté en peligro, hasta quienes lo hacen cuando simplemente es por la voluntad de la mujer.

<sup>19</sup> *Idem*.

<sup>20</sup> Carlo María Martini y Umberto Eco, *¿En qué creen los que no creen? Un diálogo sobre la ética en el fin del milenio*, Atlantide Editoriale, 1996.

<sup>21</sup> Judith Jarvis Thomson (ed.), *Intervention and Reflection: Basic Issues in Medical Ethics*, Ronald Munson, Belmont CA, 1996, pp. 69-80.

Inicia con el supuesto de que un violinista famoso sufre un grave accidente y necesita estar conectado a los riñones de otro ser humano durante nueve meses para sobrevivir. En esta circunstancia, argumenta, no se obligaría a nadie —ni moral ni legalmente— a mantenerse conectado para salvar la vida del violinista. Mucho menos si hacerlo atentase contra su salud o su vida, a lo que sí se obliga a las mujeres que no pueden abortar de manera legal. La autora usa otra analogía para defender la interrupción del embarazo por voluntad de la mujer, sustentando que si uno dejara por cualquier razón la ventana de su casa abierta y un intruso cállese por accidente adentro, ninguna persona estaría obligada a darle asilo en su hogar por nueve meses, aun si supiera que la vida de éste terminaría en caso contrario. En pocas palabras, Thomson argumenta que el derecho a la vida no se puede analizar de manera aislada, sino que necesariamente debe hacerse en función de los derechos fundamentales de la mujer.

Ahora bien, incluso desde grupos religiosos es posible encontrar argumentos interesantes al respecto. Por ejemplo, Católicas por el Derecho a Decidir, una organización civil con presencia internacional, hace énfasis en que el aborto es una decisión multifactorial y extremadamente compleja, que lleva a un gran número de mujeres a practicárselo. Asimismo, recuperan mensajes relevantes de la Biblia

para resaltar la importancia de defender las maternidades libres, y fundamentan que hasta a la virgen María se le preguntó si quería ser madre, dada la gran responsabilidad que eso conlleva. También aborda la conciencia como un eje central del catolicismo, ya que mediante ésta se escucha la voz de Dios. Por ello considera que abortar es moralmente justificado cuando la conciencia dicta que es lo más sensato y razonable, aunque discrepe con las normas religiosas, en tanto que somos seres con libre albedrío y motivados a hacer el bien.<sup>22</sup>

Por último, retomando la reproducción social, si bien es cierto que cualquier Estado necesita de ésta para existir, también es cierto que la criminalización del aborto no es la manera de protegerla, pues con ello ni siquiera logra su objetivo de reproducir y preservar la vida. Lo que el Estado debería hacer es, por un lado, reducir el riesgo de la interrupción del embarazo mediante la legalización y su incorporación a la seguridad social; y, por el otro, generar las condiciones necesarias para que las mujeres que decidan ser madres puedan ejercer una maternidad digna y libre de riesgos sociales.

<sup>22</sup> Sitio web de Católicas por el Derecho a Decidir: <http://catolicasmexico.org/>

## El caso mexicano

### Breve cronología del aborto en México

Si bien el aborto ha sido un tema coyuntural en México este año, definitivamente no es la primera vez que tiene relevancia en la discusión pública. Grupos de ambos extremos del espectro han trabajado desde finales del siglo pasado para impulsar su agenda. A continuación, los hechos más relevantes de las últimas décadas, presentados en la *Gaceta de la Comisión Permanente del Senado de la República*,<sup>23</sup> con el fin de ofrecer un contexto más claro de los grupos opositores e impulsores, y algunas de las problemáticas a las que estos últimos se han enfrentado.

1931. Se aprobó el Código Penal para el entonces Distrito Federal (DF), en el que se despenalizaba el aborto imprudencial, por violación y para salvaguardar la vida de la mujer.

<sup>23</sup> Senado de la República Mexicana, “Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Código Penal Federal, del Código Federal de Procedimientos Penales y de la Ley General de Salud, en materia de aborto legalizado, a cargo del diputado Nazario Norberto Sánchez del grupo parlamentario del Partido De La Revolución Democrática”, *Gaceta de la Comisión Permanente*. Disponible en [http://www.senado.gob.mx/64/gaceta\\_comision\\_permanente/documento/31245](http://www.senado.gob.mx/64/gaceta_comision_permanente/documento/31245)

1974. Se incluyó en el artículo 4° de la Constitución el derecho universal a “decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”.

1976 y 1977. La Coalición de Mujeres Feministas (CMF) impulsó una propuesta para la despenalización del aborto en la Cámara de Diputados, pero no recibió respuesta. Un año después presentó la iniciativa por segunda vez, pero volvió a ser ignorada.

1979. Se creó el Frente Nacional de Lucha por la Liberación y los Derechos de las Mujeres, que luchó junto con la CMF para volver a impulsar la propuesta expuesta dos años atrás, esta vez nombrándolo Proyecto de Ley sobre Maternidad Voluntaria.

1983. El presidente Miguel de la Madrid trató de reformar el Código Penal en materia de aborto y adulterio, pero fracasó ante la presión de la Iglesia Católica y algunos grupos conservadores.

1989. La Procuraduría de Justicia del DF y la Secretaría de Salud presentaron un programa donde se permitiría en cuatro hospitales y de manera legal que las mujeres abortaran por violación.

1990. El Congreso chiapaneco amplió las causales legales del aborto y agregó: a solicitud de la pareja, por planificación familiar, a petición de una madre soltera o por razones económicas. Sin embargo, esta reforma no pudo consolidarse, debido a presiones de la Iglesia

- Católica y del Partido Acción Nacional (PAN).
1991. El presidente Carlos Salinas de Gortari envió una iniciativa a la Cámara de Diputados para reformar la Ley General de Salud e incluir el aborto por razones económicas en las causales legales, pero el PAN consiguió que fuera rechazada.
2000. El Congreso de Guanajuato aprobó un nuevo Código Penal en el que se penalizaba el aborto en casos de violación, pero el gobernador lo vetó. En el mismo año, Rosario Robles, entonces Jefa de Gobierno del DF, presentó una iniciativa para agregar tres causales legales (salud de la mujer, inseminación artificial no consentida y malformaciones graves en el producto), responsabilizar al cuerpo médico de dar información precisa sobre el procedimiento y establecer mecanismos para acceder al aborto por violación. En respuesta, el PAN y del Partido Verde Ecologista de México (PVEM) impulsaron una acción de inconstitucionalidad ante la SCJN para quitar la causal legal de malformación del producto y para que el Ministerio Público tuviera que autorizar el aborto en casos de violación.
- 2002 y 2003. En 2002, la SCJN declaró la constitucionalidad de las reformas del DF. En 2003, se aprobó una reforma al Código Penal de Veracruz para disminuir la pena al delito de aborto con consentimiento de la mujer y para aumentarlas cuando éste faltara. Además, agregó las causales legales de inseminación artificial no consentida y malformación del producto. En el DF, las instituciones públicas de salud estaban obligadas a realizar abortos seguros y gratuitos y en un plazo no mayor a cinco días a partir de que lo solicitara la mujer. Además, se reguló la objeción de conciencia del cuerpo médico, obligando a las instituciones de salud a tener médicos no objetores para garantizar el acceso al servicio.
- 2004 y 2005. Se aprobó una nueva Ley de Salud en Baja California Sur, que estableció un plazo máximo para que las instituciones de salud realizaran un aborto seguro y gratuito, luego de ser autorizado por el Ministerio Público, y obligó a las instituciones de salud a suministrar anticoncepción de emergencia. Al año siguiente, se agregó la causal legal de salud, violación o inseminación artificial y obligó al Ministerio Público a autorizarlo en un plazo máximo de 24 horas.
2006. En Chihuahua se incluyó la inseminación artificial no consentida en las causales legales y se suprimió el castigo por aborto imprudencial o culposo.
2007. En el DF se discutió y aprobó la despenalización del aborto por cualquier causal durante las primeras 12 semanas de gestación. En la ley presentada, se incluyeron mecanismos para la implementación de servicios de aborto. Poco después de la despenalización, la Procuraduría General de la República (PGR) interpuso demandas de inconstitucionalidad y el ministro de la Suprema Corte de Justicia Sergio Salvador Aguirre Anguiano las admitió.
- 2008 y 2009. En marzo, el presidente ministro de la SCJN anunció seis audiencias públicas para escuchar argumentos sobre la inconstitucionalidad contra las reformas en el DF. En agosto, con ocho votos a favor, el Pleno de SCJN declaró su constitucionalidad y se publicó en 2009. En Hidalgo, durante este mismo año, se incluyó la causal

legal de malformaciones genéticas o congénitas graves y se amplió de 75 a 90 días el plazo máximo para abortar por la causal de violación o inseminación artificial no consentida.

2019. El congreso de Oaxaca reformó el Código Penal para despenalizar el aborto por cualquier causal durante las primeras 12 semanas de gestación. La Constitución del estado considera la vida humana desde la fecundación y la reforma que habría modificado este apartado del artículo 12 no se logró votar antes del término de la Legislatura.<sup>24</sup>

## Cambios legislativos necesarios

El camino hacia la legalización y la incorporación del aborto en la seguridad social es largo. Hay una serie de reformas federales y locales necesarias para que el modelo de incorporación más adelante expuesto pueda ser implementado. En el nivel federal, es necesario reformar el Código Penal y la Ley General de Salud para que después las instituciones de salud pública puedan incluir el aborto en sus servicios. Adicionalmente, es necesario que 30 estados modifiquen sus códigos penales y 13 reformen sus constituciones y las leyes de salud.

A pesar de que la mayoría de los juicios y sentencias por aborto ocurren en el nivel estatal,<sup>25</sup> es indispensable modificar las leyes federales para poder incorporar los ser-

vicios de aborto en los sistemas federales de salud, como el IMSS, ISSSTE y el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi). En específico, se debe reformar el artículo 329 del Código Penal Federal.<sup>26</sup> En cuanto a la Ley General de Salud, se necesita incluir el servicio de interrupción del embarazo en el capítulo V de su título tercero: “Atención Materno-Infantil”.<sup>27</sup> Después de haberse modificado lo anterior, es indispensable que las instituciones de salud pública incluyan el aborto en sus catálogos de servicios y regulen los límites de la objeción de conciencia del cuerpo médico de la manera en la que se sugiere más adelante.

Por otro lado, todas las entidades —salvo Oaxaca y la Ciudad de México— tendrán que modificar, por lo menos, su Código Penal, y en algunos casos también su Constitución. Es deseable también que se modifiquen las leyes de salud locales para que la implementación de la política no recaiga en su totalidad en las instituciones de salud federales. En total, 18 estados establecen en sus Constituciones que la vida humana inicia desde la concepción,<sup>28</sup> aunque cinco de ellos también contemplan las excepciones estipuladas en su Código Penal respectivo, por lo que no sería necesario reformar éstas.

Las siguientes dos tablas muestran las leyes que se necesitan cambiar y las modificaciones necesarias por estado.

<sup>24</sup> GIRE, “Constituciones locales que protegen la vida desde la concepción”. Disponible en <https://gire.org.mx/consultations/constituciones-locales-que-protegen-la-vida-desde-la-concepcion/?type=>

<sup>25</sup> GIRE, “Maternidad o castigo. La criminalización del aborto en México”, 2018. Disponible en [http://criminalizacionporaborto.gire.org.mx/assets/pdf/Maternidad\\_o\\_castigo.pdf](http://criminalizacionporaborto.gire.org.mx/assets/pdf/Maternidad_o_castigo.pdf)

<sup>26</sup> “Artículo 329.- Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez”, Código Penal Federal: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo83048.pdf>

<sup>27</sup> Ley General de Salud: [http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf)

<sup>28</sup> Algunas constituciones establecen la vida humana desde la fecundación, que es un paso antes de la concepción en el embarazo.

**Tabla 2.  
Leyes a modificar**

Federales	Locales
Código Penal Federal	Algunas constituciones (ver Tabla 3)
Ley General de Salud	Códigos penales locales
Reglamentos institucionales	Leyes locales de salud
	Códigos civiles (los que consideren “persona” a todo individuo desde el momento de la fecundación o concepción)

**Tabla 3. Constituciones de las entidades federativas que consideran la vida humana desde la concepción o fecundación**

Estado	¿La Constitución protege la vida desde la concepción?	¿Excepciones en el Código Penal?
Aguascalientes	No	No aplica
Baja California Sur	No	No aplica
Campeche	No	No aplica
Coahuila	No	No aplica
Estado de México	No	No aplica
Guerrero	No	No aplica
Hidalgo	No	No aplica
Michoacán	No	No aplica
Nuevo León	No	No aplica
Sinaloa	No	No aplica
Tabasco	No	No aplica
Tlaxcala	No	No aplica
Zacatecas	No	No aplica
Chiapas	Sí	Sí, “salvo las excepciones que establezca la legislación penal”.
Quintana Roo	Sí	Sí, “salvo las excepciones que establezca la ley”.
Tamaulipas	Sí	Sí. “Esta disposición no deroga las excusas absolutorias ya previstas en la legislación penal.”
Veracruz	Sí	Sí, “salvo las excepciones previstas en las leyes”.
Yucatán	Sí	Sí. “Excluyentes de responsabilidad previstas en el Código Penal.”
Baja California	Sí	No
Chihuahua	Sí	No
Colima	Sí	No
Durango	Sí	No
Guanajuato	Sí	No
Jalisco	Sí	No
Morelos	Sí	No
Nayarit	Sí	No
Oaxaca	Sí	No
Puebla	Sí	No
Querétaro	Sí	No
San Luis Potosí	Sí	No
Sonora	Sí	No

## Propuesta de incorporación del aborto a la seguridad social

En esta sección se analizan de manera breve algunos modelos de interrupción del embarazo que han tenido resultados exitosos.<sup>29</sup> Después, con base en estas experiencias, se presenta una propuesta de implementación para el caso mexicano.

### Breve análisis interamericano

América Latina y el Caribe encabezan la lista de mayor número de abortos en el mundo, y como la gran mayoría son realizados en condiciones inseguras, se calcula que al año mueren 900 mujeres por complicaciones de abortos inseguros.<sup>30</sup> Los datos no sorprenden, ya que en el continente existen pocos países en los que el aborto está despenalizado —Cuba, Canadá, Estados Unidos, Puerto Rico (se rige por la ley estadounidense), Uruguay, Guyana, Barbados y dos entidades de México. Vale la pena analizar, entonces, los modelos de legalización total o parcial de estos pocos países (véase Tabla 4).<sup>31</sup>

<sup>29</sup> Para un análisis más profundo sobre el aborto en el continente americano, véase Renata Turrent, *op. cit.*

<sup>30</sup> Guttmacher Institute, “Aborto en América Latina y el Caribe”, 2018. Disponible en <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-en-america-latina-y-el-caribe>

<sup>31</sup> Para mayor información sobre experiencias internacionales, véase Renata Turrent, *op. cit.*

### Implementación

Con base en los elementos de algunas de las experiencias mejor implementadas del continente, se propone el siguiente modelo de incorporación de la interrupción legal del embarazo a la seguridad social.

Es indispensable que el Estado, mediante sus instituciones de salud pública y seguridad social, garantice que todas las mujeres —independientemente de su situación laboral— tengan acceso a la interrupción del embarazo. Para hacerlo, además de la despenalización, será necesario reformar la Ley General de Salud y las leyes de salud estatales. A continuación, se establecen las medidas básicas necesarias para garantizar que la interrupción del embarazo sea un derecho para todas y no sólo para quienes puedan pagar por el servicio de manera privada.

1. Que se garantice la interrupción del embarazo de manera libre, segura y pública durante las primeras 12 semanas de gestación. En este periodo, los abortos suelen ser procedimientos ambulatorios, por lo que la gran mayoría pueden ser realizados en unidades médicas —hospitales, clínicas y unidades móviles—. Cuando el procedimiento se realice mediante medicamentos, éste puede ser administrado por médicos generales o por enferme-

**Tabla 4. Características a considerar de políticas exitosas por país o ciudad**

País	Características a considerar
Uruguay <sup>1</sup>	<p>Los servicios son garantizados de manera gratuita por el Estado para las ciudadanas y residentes (de al menos un año) uruguayas.</p> <p>A pesar de que la ley protege la objeción de conciencia, el cuerpo médico tiene la responsabilidad de referir a la paciente a otro médico no objetor en un periodo razonable.</p> <p>Las menores de edad que no cuenten con el consentimiento de sus padres podrán acudir a un juez para exponer su caso y se les otorgue el permiso.</p> <p>El periodo se extiende en casos de violación, para salvaguardar la salud o vida de la madre, y cuando el producto tiene malformaciones graves.</p>
Colombia <sup>2</sup>	<p>Si bien en Colombia el aborto sólo es legal por tres causales —por violación o incesto, para salvaguardar la salud (incluyendo salud mental) o vida de la madre, o por malformaciones graves en el producto—, para las menores de 14 años, el aborto es legal, ya que se considera que obligarlas a llevar el embarazo a su término atenta contra el libre desarrollo de la personalidad.</p> <p>Colombia reconoce la objeción de conciencia individual, pero no institucional. Esto permite regular las instituciones de salud pública para que siempre tengan médicos no objetores, y así proteger el derecho de ambas partes.</p>
Ciudad de México <sup>3</sup>	<p>El modelo de la Ciudad de México ha sido exitoso bajo prácticamente cualquier métrica. Desde su legalización en 2007, se han registrado 216 755 abortos (de abril de 2007 a septiembre de 2019) y se han erradicado las muertes maternas por abortos inseguros.</p> <p>El 78 % fue mediante medicamentos, el 21 % por aspiración y sólo el 1 % por legrado uterino instrumentado, lo que nos muestra que cuando se interrumpe el embarazo en las primeras 12 semanas, la gran mayoría de los abortos se realizan por medio de medicamentos, lo que significa que son procedimientos ambulatorios.</p> <p>El procedimiento es completamente gratuito para las residentes de la Ciudad de México. Para las mujeres que radican fuera de la capital, se realiza un estudio socioeconómico para determinar el costo de recuperación.</p> <p>Una de las críticas del modelo de la Ciudad de México es que ha faltado difusión para informar que el procedimiento es gratuito para las residentes.</p>
Canadá <sup>4</sup>	<p>En Canadá no existe límite en las semanas de gestación para interrumpir de manera legal el embarazo. Es una decisión que toma la mujer con el cuerpo médico. La gran mayoría de los abortos suceden en las primeras semanas del embarazo y las excepciones de los que se realizan en el último trimestre suelen ser por malformaciones graves en el producto.</p> <p>Si bien la propuesta de esta nota técnica se ancla en la legalización durante las primeras 12 semanas de gestación, es importante hacer notar que el periodo debe ampliarse en casos especiales, como cuando la vida o salud de la mujer está en riesgo, en casos de violación o malformaciones graves en el producto, ya que dichas causales extremas suelen necesitar más tiempo.</p>

<sup>1</sup> Centro de Información Oficial “Ley N° 18987: Ley del aborto” 2012. Disponible en <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>

<sup>2</sup> Corte Constitucional de la República de Colombia “Sentencia C-355/06” 2006. Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>

<sup>3</sup> Secretaría de Salud de la Ciudad de México, “Interrupción legal del embarazo (ILE)”, 2019. Disponible en <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Interrupcion-Legal-del-Embarazo-Estadisticas-2007-2017-26-de-septiembre-2019.pdf>

<sup>4</sup> Canadian Institute of Health Information, “Induced abortion reported in Canada in 2017”, 2017. Disponible en <https://www.cihi.ca/en/access-data-reports/results?query=abortion&Search+Submit>

ras, como lo avala la OMS.<sup>32</sup> Si el método es distinto, debe ser realizado por un médico. En cualquier caso, se debe hacer bajo estrictos protocolos y supervisión institucional.

2. Las instituciones de salud pública y seguridad social deben ofrecer servicios de salud mental antes y después de interrumpir el embarazo para las mujeres que lo soliciten.
3. Es indispensable que la ley contemple que el cuerpo médico pueda ejercer la objeción de conciencia de manera individual, pero restringirlo en el nivel institucional. Es importante también que la objeción de conciencia sólo aplique para el cuerpo médico directamente involucrado en el procedimiento —médicas, enfermeras—, pero no para el personal administrativo. Adicionalmente, para evitar que falte personal por objeción de conciencia o por falta de capacitación, se debe contar en todo momento por lo menos con un profesional médico especialista habilitado por región, como sucede en Colombia. Como última medida, se sugiere incluir protocolos que obliguen a la institución a referir y hacerse cargo de los costos de traslado de la paciente en un plazo razonable y que no interfiera con el plazo máximo para poder inte-

rrumpir el embarazo de manera legal, como se hace en Uruguay.

4. Existen casos especiales en los que se debe ampliar el periodo establecido para la interrupción.
  - a. No se debe establecer un límite cuando la vida o la salud de la mujer esté en peligro o cuando exista una malformación grave del producto.
  - b. Se debe respetar la NOM-046-SSA2-2005,<sup>33</sup> cuando el embarazo es producto de violación.
  - c. El periodo debe extenderse al menos a 16 semanas para las menores de edad por cualquier causal.

Por otro lado, es importante que se implementen algunas medidas para asegurar que el servicio sea accesible para todas las mujeres, sobre todo las que viven en comunidades rurales.

### Unidades médicas móviles

Mediante las instituciones de salud pública local y federal, se recomienda que se habiliten unidades móviles que lleven servicios de salud e información sexual y reproductiva a las comunidades rurales de manera periódica. En estas unidades se deben ofrecer servicios

<sup>32</sup> Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, “Prevención del Aborto Inseguro en Colombia. Protocolo para el Sector Salud”. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>

<sup>33</sup> CNDH, “Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”, 2009. Disponible en <https://www.cndh.org.mx/Doc-TR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf>

ginecológicos básicos, anticonceptivos, preservativos e interrupciones de embarazos mediante medicamentos.

### **Apoyo comunitario: IMSS-Bienestar y convenios universitarios**

El IMSS-Bienestar es un programa que ofrece servicios médicos básicos y educación para la salud a más de 12.3 millones de personas en zonas rurales y marginadas desde hace más de 40 años, y que cuenta con decenas de miles de voluntarios en 19 entidades del país.<sup>34</sup> Se sugiere dar capacitación para que los y las voluntarias tengan la información necesaria para canalizar a las mujeres que deseen terminar su embarazo a las unidades médicas, incluyendo las móviles, y para la calendarización de los procedimientos.

Por otro lado, es necesario realizar convenios con universidades públicas estatales y nacionales para incentivar que los y las estudiantes realicen sus prácticas profesionales en las zonas donde hagan falta más apoyo. Asimismo, de observarse un alza en el número de médicos objetores en zonas específicas, se debe incentivar económicamente la contratación de personal médico no objetor.

### **Difusión**

Como se mencionó anteriormente, una de las pocas fallas del modelo de legalización de la

<sup>34</sup> Para más información, véase el sitio web del IMSS-Bienestar: <http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar>

Ciudad de México es la falta de campañas de difusión claras. Tomando el ejemplo uruguayo, se sugiere hacer campañas de mediáticas y educativas robustas en las que se explique de manera sencilla y clara cuáles son los derechos de las mujeres y los pasos a seguir.

Para las campañas mediáticas, es indispensable incluir lo siguiente:

1. Anunciar la legalización y la obligación de las instituciones públicas a garantizar el derecho de manera libre, segura y pública. Haciendo énfasis en el carácter gratuito del servicio, independientemente de la afiliación de las mujeres a alguna institución de salud pública y seguridad social.
2. Concientización de los problemas de salud y muertes maternas a causa de los abortos inseguros.
3. Procesos, requisitos, localización y, en el caso de las unidades móviles, calendarización de unidades de salud para realizarse un aborto.

Al mismo tiempo, es importante realizar campañas educativas para los y las funcionarias públicas que prestarán este servicio. Se sugiere que por lo menos incluya lo siguiente:

1. Información para mitigar la discriminación, revictimización y/o disuasión a las mujeres que buscan realizar un aborto.
2. Protocolos de seguridad y responsabilidad institucional.
3. Límites a la objeción de conciencia.

## Conclusiones

1. La vida es valiosa desde un punto de vista ético y las leyes deben buscar protegerla. Sin embargo, la criminalización del aborto no logra este propósito, sino por el contrario incrementa el número de muertes.
2. El aborto inseguro y la maternidad son riesgos sociales por las implicaciones estructurales que generan, por lo que sólo mediante la incorporación de la interrupción del embarazo a la seguridad social, con la ampliación de servicios que conlleva, se podrá asegurar que las mujeres realmente puedan tener maternidades voluntarias.
3. Cualquier modelo de legalización e incorporación del aborto a la seguridad social debe tener como objetivo erradicar las muertes maternas y garantizar el acceso a los servicios en comunidades marginadas. Por lo menos de manera inicial, se debe legalizar durante las primeras 12 semanas, excepto en casos especiales, en los que debe ampliarse el periodo. Por último, debe respetarse la objeción de conciencia individual, pero las instituciones deberán garantizar que siempre existan médicos no objetores, para evitar que el derecho de los y las médicas objetoras no obstaculice el derecho de las mujeres.

## Referencias

- Benard Stephan *et al.*, “Getting a Job: Is There a Motherhood Penalty?”, *Harvard Women and Public Policy*, 2007. Disponible en <http://gap.hks.harvard.edu/getting-job-there-motherhood-penalty>
- Cain Miller Claire, “The Motherhood Penalty vs. the Fatherhood Bonus”, *New York Times*, 2014. Disponible en <https://www.nytimes.com/2014/09/07/upshot/a-child-helps-your-career-if-youre-a-man.html>
- Canadian Institute of Health Information, “Induced abortion reported in Canada in 2017”, 2017. Disponible en <https://www.cihi.ca/en/access-data-reports/results?query=abortion&Search+Submit>
- Católicas por el Derecho a Decidir, sitio web, <http://catolicasmexico.org/>
- Centro de Información Oficial, “Ley N° 18987: Ley del aborto”, 2012. Disponible en <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>
- CNDH, “Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”, 2009. Disponible en <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf>
- Código Penal Federal. Disponible en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo83048.pdf>
- Corte Constitucional de la República de Colombia, “Sentencia C-355/06”, 2006. Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>
- \_\_\_\_\_, “Sentencia C-355/06”, 2006. Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>
- Francis, Leslie (ed.), “The Oxford Handbook of Reproductive Ethics”, Oxford University Press, Oxford, 2017.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida, “Causales de aborto en códigos penales”. Disponible en <https://gire.org.mx/consultations/causales-de-aborto-en-codigos-penales/?cat=datos&type=>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida, “Constituciones locales que protegen la vida desde la concepción”. Disponible en <https://gire.org.mx/consultations/constituciones-locales-que-protegen-la-vida-desde-la-concepcion/?type=>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida, “Maternidad o castigo. La criminalización del aborto en México”, 2018. Disponible en [http://criminalizacionporaborto.gire.org.mx/assets/pdf/Maternidad\\_o\\_castigo.pdf](http://criminalizacionporaborto.gire.org.mx/assets/pdf/Maternidad_o_castigo.pdf)
- Grupo de Información en Reproducción Elegida, “La pieza faltante”, 2018. Disponible en <https://gire.org.mx/limon/la-pieza-faltante/>
- Guttmacher Institute, “Aborto a nivel mundial 2017-Resumen ejecutivo”, 2018. Disponible en <https://www.guttmacher.org/es/report/aborto-a-nivel-mundial-2017-resumen-ejecutivo>
- Guttmacher Institute, “Aborto en América Latina y el Caribe”, 2018. Disponible en <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-en-america-latina-y-el-caribe>
- IMSS-Bienestar, sitio web, <http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar>
- Index Mundi, “Tasa de fertilidad en adolescentes”. Disponible en <https://www.in->

- dexmundi.com/es/datos/indicadores/SPADO.TFRT*
- Inmujeres, “Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes”, 2019. Disponible en <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>
- Langer, Ana, 2002, “El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, núm. 11, vol. 3. Disponible en <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>
- Ley General de Salud de México. Disponible en [http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf)
- Martini, Carlo María, y Umberto Eco, ¿En qué creen los que no creen? *Un diálogo sobre la ética en el fin del milenio*, Atlántide Editoriale, 1996.
- Ministerio de Salud y Protección Social, “Prevención del Aborto Inseguro en Colombia. Protocolo para el Sector Salud”. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>
- OMS, *Key Facts*, 2018. Disponible en <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Ruezga Barba, Antonio, “Seguridad social. Una visión latinoamericana”, Serie Biblioteca CIESS, núm. 8, 2009.
- Sánchez-Belmont, Mariela, Miguel Ramírez y Frida Romero, *Propuesta conceptual para el análisis de la seguridad social desde la CISS*, CISS, Ciudad de México, 2019. Disponible en [https://ciss-bienestar.org/cuadernos/pdf/Marco\\_conceptual.pdf](https://ciss-bienestar.org/cuadernos/pdf/Marco_conceptual.pdf)
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México, “Interrupción legal del embarazo (ILE)”, 2019. Disponible en <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Interrupcion-Legal-del-Embarazo-Estadisti-cas-2007-2017-26-de-septiembre-2019.pdf>
- Senado de la República, “Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Código Penal Federal, del Código Federal de Procedimientos Penales y de la Ley General de Salud, en materia de aborto legalizado, a cargo del diputado Nazario Norberto Sánchez del grupo parlamentario del Partido De La Revolución Democrática”, *Gaceta de la Comisión Permanente*. Disponible en [http://www.senado.gob.mx/64/gaceta\\_comision\\_permanente/documento/31245](http://www.senado.gob.mx/64/gaceta_comision_permanente/documento/31245)
- Thomson, Judith Jarvis (ed.), *Intervention and Reflection: Basic Issues in Medical Ethics*, Ronald Munson, Belmont CA, 1996.
- Turrent Hegewisch, Renata, *Aborto, maternidad y seguridad social*, CISS, Ciudad de México, 2019. Disponible en <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2019/09/aborto-maternidad-seguridad.pdf>



**CISS**  
SEGURIDAD SOCIAL  
PARA EL BIENESTAR

ISBN: 978-607-8088-77-5



9 786078 088775