



EVALÚA

Ciudad de México

**Aborto legal, seguro y gratuito en la
Ciudad de México, 2007-2021**

Tendencias a 15 años de su despenalización
y provisión pública

Dra. Araceli Damián González

**Consejera Presidenta y
coordinadora del estudio**



Dra. María Jesús Pérez García

**Directora de Investigación e
investigadora responsable**



María José Infanzón Valdivieso

Mtro. René Uriel Macías Rodríguez

Equipo de investigación



Consejo de Evaluación de la Ciudad de México

Ciudad de México, 28 de septiembre de 2022



ÍNDICE DE CONTENIDOS

Introducción	3
Concentración de las ILE en el primer nivel de atención y en procedimientos menos invasivos	5
Análisis de las probabilidades de ILE	9
Movilidad geográfica para acceder a una ILE	16
Acceso de las niñas a ILE	38
Referencias bibliográficas y fuentes de información	54
Anexo 1. CUADROS	58
Anexo 2. Nota sobre las fuentes de información empleadas en este estudio	64



Introducción

En noviembre de 1990 se celebró el V Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe en San Bernardo (Argentina), en el cual se acordó que el 28 de septiembre se conmemoraría el Día por el Derecho al Aborto de las Mujeres de América Latina y del Caribe.¹ Más tarde, esta fecha se convertiría en el actual Día de Acción Global por el Acceso al Aborto Legal y Seguro gracias a la campaña internacional impulsada por la Red Global de Mujeres por los Derechos Reproductivos.² La importancia de la reunión celebrada en Argentina radica en que, según las feministas y organizaciones que participaron en ella, el aborto clandestino es una de las primeras causas de mortalidad materna en la región; la maternidad involuntaria limita la capacidad decisoria de las mujeres; es necesario fortalecer programas sobre educación sexual y acceso a métodos anticonceptivos seguros y de apoyo a la maternidad; entre otras razones.

En abril de 2007 se despenalizó el aborto en el entonces denominado Distrito Federal mediante el “Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud”.³ La reforma que dio pie a este hecho puso en manos de las instituciones públicas del gobierno local las atenciones a las solicitudes de interrupciones de embarazos, sin importar si la persona que lo demandaba tenía o no algún otro servicio de salud público o privado. Actualmente, este servicio puede ofrecerse en las unidades de salud del sistema local, el cual incluye tanto a los establecimientos que dependen del Gobierno de la Ciudad como a los nosocomios y clínicas gestionados por los sectores social y privado.

Debido a la confluencia del Día de Acción Global por el Acceso al Aborto Libre y Seguro, y de la remembranza de los 15 años de la despenalización del aborto en la capital de la República Mexicana, el Consejo de Evaluación

¹ Declaración de San Bernardo, 22 de noviembre de 1990.

² A partir de 2011, la Red Global de Mujeres por los Derechos Reproductivos declaró este día como una conmemoración internacional. Al respecto puede verse *International Campaign for Women's Right Safe Abortion*, “What is International Safe Abortion Day?” (consultado en <https://www.safeabortionwomensright.org/what-is-international-safe-abortion-day/> el 8 de septiembre de 2022).

³ Gaceta Oficial del Distrito Federal, 26 de abril de 2007, pp. 2 y 3.



de la Ciudad de México, a través de la Dirección de Investigación (DI), ha elaborado el presente documento con el propósito de analizar cómo se han comportado los abortos voluntarios del embarazo en la Ciudad durante los primeros 15 años en los que los gobiernos de esta entidad han ofrecido este servicio.

Con tal de lograr este objetivo se consultaron diferentes fuentes de información, entre las cuales se encuentran las ediciones de la *Agenda estadística de salud* que la Secretaría de Salud (SEDESA) local publicó entre 2007 y 2019; las bases de datos “Interrupción legal del embarazo” (ediciones 2016-2018 y 2019-2021) que SEDESA publicó a través de la Agencia de Innovación Pública (ADIP); las bases de datos sobre nacimientos registrados que publica el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); los registros sobre nacimientos ocurridos en unidades médicas generados por la Secretaría de Salud (SSA) federal; las estimaciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO); los levantamientos 2010 y 2020 del Censo de Población y Vivienda del INEGI y la Encuesta Intercensal 2015 de la misma institución. Las precisiones y limitaciones de bases de datos y documentos de información se presentan en la nota del Anexo 2.

Este informe consta de cuatro secciones, además de esta introducción, las referencias bibliográficas y el anexo final. En la primera se da cuenta de cómo se han comportado las ILE durante el periodo 2007-2021, según el nivel de atención de las unidades donde han sido practicadas y el método empleado. En la segunda parte se estiman diversos indicadores que muestran cómo se han comportado las interrupciones de los embarazos entre la población femenina en edad fértil (18 a 44 años), en relación con los nacimientos y con los embarazos conocidos (los cuales resultan de sumar los abortos más los nacimientos). En el tercer epígrafe se analizan los patrones de movilidad de las mujeres que deciden interrumpir sus embarazos en la Ciudad de México, atendiendo tanto a la movilidad inter estatal (entidades de procedencia) como local (alcaldías de residencia y de localización de la clínica elegida para la ejecución de la ILE). En la última sección se estudia el comportamiento de las ILE entre la población menor de 18 años, su relación con los embarazos tempranos y su comparación con las mujeres legalmente adultas en edad fértil.



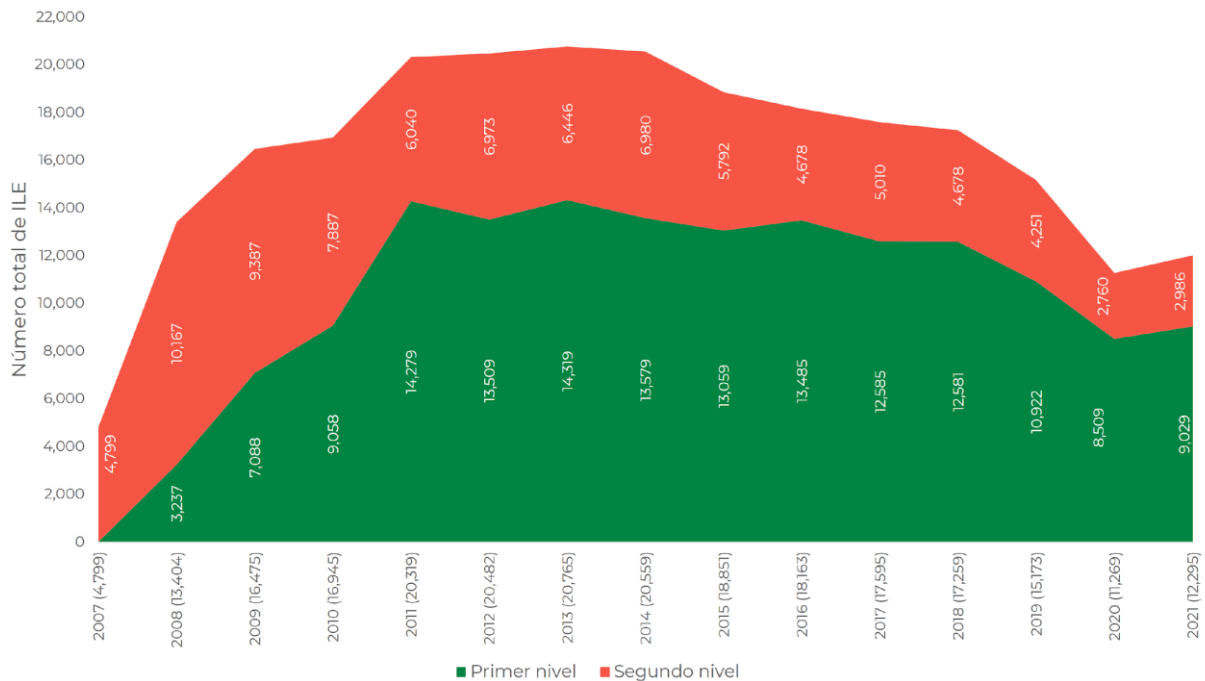
Cabe precisar que, a lo largo de este documento, se hace referencia a las mujeres como la población a la que se puede practicar una ILE, en vez de utilizar la expresión genérica “personas gestantes”. La razón de esta decisión es que tanto la Ley de Salud de la Ciudad de México como las bases de datos de donde procede la información sobre las ILE (en particular, “Interrupción legal del embarazo”, de la ADIP) adoptan esta categoría. En su Artículo 6, este ordenamiento menciona a la mujer embarazada como la persona que solicita la interrupción legal del embarazo y la interrupción voluntaria del embarazo. En las bases de datos de la ADIP, las variables individuales son definidas en femenino (“la paciente”).

Concentración de las ILE en el primer nivel de atención y en procedimientos menos invasivos

Según los datos de las *Agendas estadísticas de salud* de SEDESA y las bases de datos publicadas por ADIP, entre 2007 y 2021 se han interrumpido 244,353 embarazos de manera legal en instituciones públicas de la Ciudad de México. El tipo de establecimientos (GRÁFICA 1) y los procedimientos (GRÁFICA 2) empleados para ello han cambiado sustantivamente a lo largo de estos años. En este apartado se lleva a cabo un análisis sobre las ILE efectuadas a mujeres en la Ciudad de México a partir de estos ejes: nivel de atención médica y método empleado.

Las personas que acuden a interrumpir legalmente su embarazo lo hacen en diversos establecimientos de acuerdo con el nivel de atención médica (primario, secundario o terciario) accesible o necesario para llevar a cabo el procedimiento. El primer nivel se refiere a los establecimientos que proporcionan atención ambulatoria (es decir, no requieren hospitalización) y constituyen el primer contacto de las y los pacientes con el personal médico (los consultorios de farmacias y las clínicas públicas de medicina familiar son algunos ejemplos de este tipo). El segundo nivel de atención corresponde a los hospitales generales que cuentan con equipo y personal especializado, y en los cuales se pueden practicar cirugías. El tercer nivel comprende nosocomios en los que se llevan a cabo procedimientos de alta especialidad médica y, en algunas ocasiones, también se desarrolla investigación médica y de salud.

Gráfica 1. Interrupciones legales del embarazo por nivel de atención de las unidades médicas, 2007-2021



Nota: Entre paréntesis se muestra el total de ILE que se registraron cada año en la Ciudad. En la *Agenda estadística de salud* sólo se distinguen unidades de primer y segundo nivel. En la base de datos de ADIP no hay una variable sobre el nivel de atención que corresponda a la unidad médica en la que se practicaron las ILE; sin embargo, sí se incluye una variable con la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) de los sitios donde se llevaron a cabo las ILE. Se tomó dicha CLUES y se imputó el nivel de atención que la Secretaría de Salud federal otorga a cada unidad médica en la base de datos “Catálogo CLUES”, descargada de http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html el 14 de octubre de 2021. Cabe precisar que en la *Agenda estadística de salud 2019* algunas unidades médicas están clasificadas como de segundo nivel, pero en el “Catálogo CLUES” se muestran como de tercer nivel (en cuyo caso se suman a las de segundo nivel). La suma por niveles de atención en 2021 no arroja el total reportado ese año debido a que la base de datos de ADIP contiene una CLUES no registrada en el Catálogo de la SSA; el número total de ILE efectuadas en la unidad médica de CLUES desconocida es 280. **Fuente:** DI Evalúa a partir de las ediciones 2009-2019 de la *Agenda estadística de salud* de SEDESA, para el periodo 2007-2019. La información de 2020 y 2021 procede de la base de datos de ADIP, “Interrupción legal del embarazo”, consultada en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022 y del “Catálogo CLUES” ya mencionado.

Al observar la serie histórica de las ILE efectuadas en establecimientos según su nivel de atención (GRÁFICA 1), es notorio que, en 2007, la totalidad de las intervenciones que se practicaron en la Ciudad tuvieron lugar en hospitales de segundo nivel. Sin embargo, entre 2008 y 2021, ha ocurrido un desplazamiento hacia los establecimientos de primer nivel; es decir, ha-



cia espacios donde se proporciona atención ambulatoria y no existen condiciones —profesionales o técnicas— para brindar un servicio especializado en caso de que el procedimiento presente complicaciones durante su ejecución. Los resultados de 2007 contrastan con los de 2020 (máximo nivel observado para el periodo), debido a que en el segundo año más del 75% de las ILE se realizaron en establecimientos de primer nivel (esto es, 8,509 de las 12,295 registradas). En realidad, en cada uno de los seis años más recientes de la serie (2016 a 2021) la probabilidad de que las IES ejecutadas en la Ciudad fueran realizadas en centros médicos de primer nivel superó el 71%, si bien se aprecian algunas variaciones de una fecha a otra.⁴

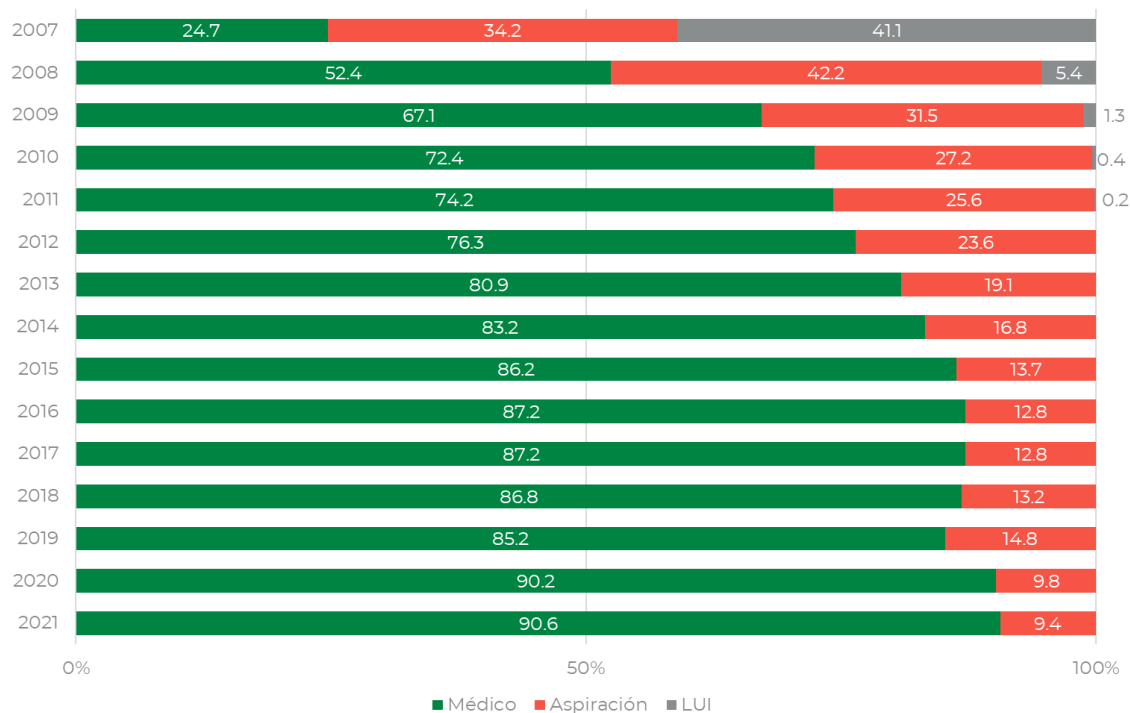
Después de 2007, los mayores porcentajes de ILE practicadas en establecimientos de segundo o tercer nivel corresponden a 2008 (75.9%) y 2009 (57.0%). A partir de 2010 se puede observar que la mayoría de los abortos se llevaron a cabo en establecimientos de primer nivel de atención, en porcentajes que varían entre el 53.5% de ese mismo año y el máximo de 2020 (75.5%). Además de la proporción de ILE realizadas en cada nivel de atención, otra tendencia que resulta interesante destacar es el ligero descenso observado, a partir de 2013, en el número total de ILE practicadas en la Ciudad. En este sentido, contrastan los 20,765 procedimientos de ese año (el mayor número de todo el periodo) frente a los 11,269 de 2020 (el mínimo observado). Es notable que entre 2020 y 2021 se registró un aumento en el número de ILE, lo cual no había sucedido desde 2013.

En cuanto al análisis de las variaciones interanuales, los mayores crecimientos se presentan entre 2007 y 2008 (8,605, 179.3%), 2008-2009 (3,071, 22.9%) y 2010-2011 (3,374, 19.9%). De igual magnitud, pero en sentido contrario, es la diferencia en el número de ILE registradas en el bienio 2019-2020, con una disminución de 3,904 procedimientos que equivalen a una reducción de 25.7%. Sin embargo, esta significativa caída en el total de los abortos efectuados debe tomarse con reserva, pues es posible que du-

⁴ Cabe comentar que, si bien la serie de 2007 a 2019 se tomó de la *Agenda Estadística 2019* (SEDESA) y los datos de 2020 y 2021 de la base de ADIP, para los años que ambas fuentes de información coinciden (2016-2019), las diferencias en el número de ILE que reportan son muy pequeñas. Por lo tanto, se considera que la última resulta confiable para la continuación de la serie.

rante la pandemia muchas mujeres decidieran no interrumpir sus embarazos en clínicas públicas de salud, recurriendo a otro tipo de acompañamiento (organizaciones civiles, atención en clínicas privadas o ayuda de familiares o amistades, por ejemplo). Si esta hipótesis es cierta, el número de ILE realizadas a mujeres en la Ciudad de México durante 2020 presentaría una subestimación como resultado del subregistro de las fuentes oficiales. Entre ese año y 2021, la variación fue de 9.1% (equivalente a 1,026 ILE), lo cual podría deberse a que las medidas de confinamiento se empezaron a relajar.

Gráfica 2. Distribución porcentual de las ILE efectuadas en la Ciudad de México según método, 2007-2021



Nota: Los métodos quirúrgicos abarcan las aspiraciones intrauterinas (manuales o eléctricas) y los legrados uterinos instrumentados (LUI). Los médicos comprenden el uso de procedimientos farmacológicos. La suma de ciertos años no es igual a 100, debido a que las ILE con LUI representan un porcentaje muy reducido y este resultado no se muestra debido al redondeo a 1 decimal.

Fuente: DI Evalúa a partir de las ediciones 2009-2019 de la *Agenda estadística de salud* de SEDESA, para el periodo 2007-2019. La información de 2020 y 2021 procede de las bases de datos de ADIP, "Interrupción legal del embarazo", consultada en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022.

Actualmente existen varias formas de interrumpir un embarazo, las cuales, a grandes rasgos, se pueden agrupar en dos tipos de procedimientos: los métodos médicos —a veces también referidos como abortos no quirúrgicos o abortos farmacológicos, que comúnmente usan mifepristona y misoprostol—⁵ y los métodos quirúrgicos de aborto —como el legrado uterino instrumental o la aspiración endouterina—. ⁶ Según la OMS, es recomendable que los legrados (o curetajes) sean remplazados por aspiraciones endouterinas o por procedimientos farmacológicos para el aborto, ya que los primeros son menos seguros que las aspiraciones y provocan mucho más dolor a las mujeres.⁷

Como se puede observar en la GRÁFICA 2, desde 2007 la proporción de ILE practicadas con métodos quirúrgicos ha ido disminuyendo de manera significativa. Durante el primer año de la serie, en la Ciudad se llevaron a cabo 1,183 abortos voluntarios con fármacos (24.7%), 1,644 aspiraciones endouterinas (34.2%) y 1,972 legrados uterinos instrumentados o LUI (41.1%). Esto implica que, durante ese año, 2 de cada 5 ILE se hicieron con el método que desaconseja la OMS. En contraste, en 2008 se practicaron sólo 721 LUI, una cantidad que ha ido cayendo hasta desaparecer en 2018, 2019, 2020 y 2021. El cambio en el predominio de métodos médicos en las ILE durante el periodo analizado ha sido tal que, según los datos de la ADIP, tanto en 2020 como en 2021, menos de 1 de cada 10 ILE se llevaron a cabo usando aspiraciones intrauterinas; en el resto de las ILE se emplearon fármacos.

Análisis de las probabilidades de ILE

En este apartado se analizan tres indicadores definidos por la Organización Mundial de la Salud que permiten conocer las tendencias de las ILE a lo largo del tiempo. El primero de ellos da cuenta del número de interrupciones en relación con el de mujeres en edad reproductiva. Según la OMS,

⁵ Ipas México, “Resumen de los regímenes recomendados para el aborto con medicamentos”, 9 de enero de 2021, consultado en <https://www.ipas.org/clinical-update/spanish/recomendaciones-generales/resumen-de-los-regimenes-recomendados-para-el-aborto-con-medicamentos/> el 20 de octubre de 2021.

⁶ OMS, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, segunda edición, Montevideo, 2012, p. iv.

⁷ *Ibíd.*, p. 41.



la edad fértil de las mujeres abarca entre 15 y 49 años, aunque es importante señalar que dichos límites son orientativos, pues es bien sabido que algunas mujeres pueden quedar embarazadas antes de cumplir 15 años y después de los 50.⁸ El segundo indicador se refiere al número de ILE por cada 1,000 o 100 embarazos conocidos (los nacimientos vivos más el número de las ILE), y el tercero a la relación entre las ILE por cada 1,000 nacimientos vivos ocurridos.⁹

Se debe señalar que, con independencia del indicador examinado, es posible que los resultados estén subvalorados, pues, en primer lugar, de los registros administrativos sobre las ILE quedan excluidas las que se practican en clínicas privadas, las que se llevan a cabo con el apoyo o mediación de organizaciones de la sociedad civil que funcionan como acompañantes de quienes deciden terminar prematuramente un embarazo, y las de mujeres que se auto inducen un aborto. En segundo lugar, es posible que haya cierto subregistro de los nacimientos en México, sobre todo cuando las fuentes con las que se construye este indicador son las actas de nacimiento (especialmente para 2020, como se dice en la nota del anexo). En tercer lugar, cuando se elige el número de mujeres en edad fértil como denominador se está incluyendo también a las mujeres infértiles, entre quienes la probabilidad de practicarse un aborto es nula. Un tema aparte es el hecho de que una proporción importante de las ILE que se practican en la Ciudad corresponden a habitantes de otras entidades (principalmente del Estado de México), por lo cual los indicadores que se presentan a continuación dan cuenta de las tendencias de los abortos voluntarios en la capital. En este apartado se adoptan los tres indicadores mencionados porque corresponden a definiciones de la OMS ampliamente aceptadas que facilitan su comparabilidad con otras fuentes e informes.

La información mostrada en la GRÁFICA 3 permite concluir que, controlando por el crecimiento de la población femenina en edad reproductiva

⁸ *Reproductive Health Indicators. Guidelines for the generation, interpretation and analysis for global monitoring*, OMS, Ginebra, 2006, p. 41. Según aclara la OMS, también es usual recortar el límite de este intervalo a 44 años.

⁹ *Medical methods for termination of pregnancy. Report of a WHO Scientific Group*, OMS, Ginebra, 1997, pp. 9-10.



(15 a 44 años),¹⁰ la tendencia de las ILE en la Ciudad de México se ha caracterizado por tres momentos. Durante el primero, que abarcaría entre 2007 y 2011, se observa un crecimiento, pues la tasa pasó de 2 interrupciones por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva a 9. El segundo momento transcurriría entre 2011 y 2014, cuando la serie muestra una meseta, durante la cual esta tasa apenas cambió 0.2 puntos entre el valor máximo (9.2) y mínimo (9.0). El tercer momento —2014 a 2020— refleja una clara tendencia descendente entre el inicio y el final, con 9 y 5 ILE por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva, respectivamente.¹¹

La identificación de estos tres lapsos en la tendencia de largo plazo en el número de ILE por cada 1,000 mujeres permite ahondar en el comportamiento de este indicador a lo largo del tiempo, mostrando las variaciones que han tenido lugar en la Ciudad y que son invisibilizadas cuando se comparan los extremos del periodo. Además, entre 2020 y 2021 se observa un aumento en la tasa de ILE, que pasa de 5.3 a casi 6 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva.

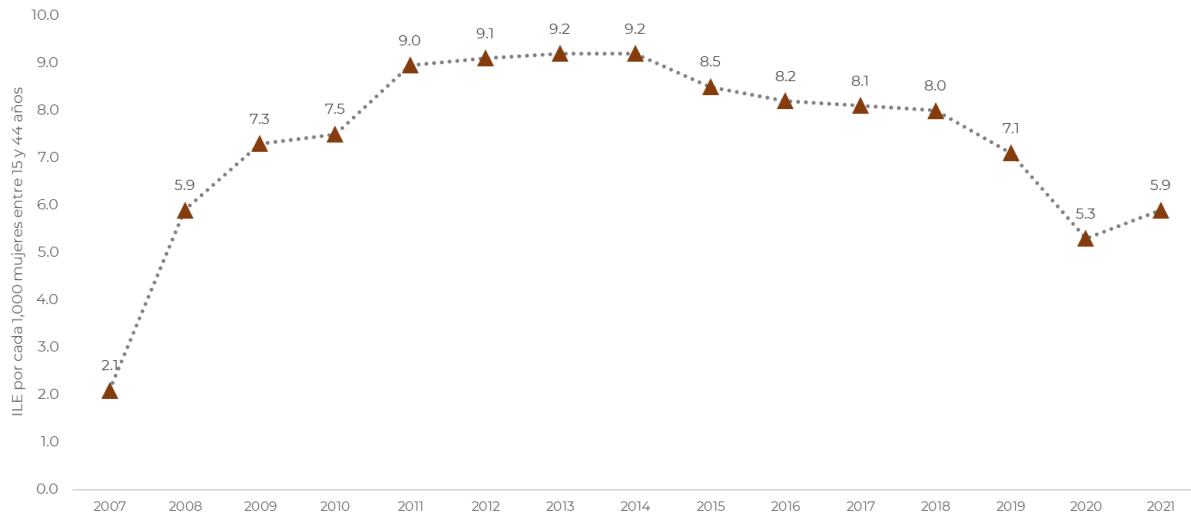
Es posible que en los siguientes años este indicador vuelva a presentar crecimientos, teniendo en cuenta que las medidas sanitarias para evitar la propagación de la Covid-19 ya no suelen incluir periodos largos de aislamiento en casa y ante el regreso a las actividades en espacios públicos (en cierta medida por la confianza asociada con la vacunación). Otra posibilidad es que, ante la pandemia que provocó dicha enfermedad, se haya identificado que el acompañamiento brindado fuera de las unidades de salud públicas (en establecimientos de los sectores social y privado o con el apoyo de las redes sociales cercanas, como las amistades o familiares) sea por lo menos tan efectivo como el que se ofrece en los centros del sector público, por lo cual esas otras opciones pudieran tener un peso mayor

¹⁰ Se seleccionó este grupo etario porque así lo suele presentar la OMS en sus informes. Al respecto puede verse, por ejemplo, *Informe de la OMS sobre género y salud*, 13 de noviembre de 2009, consultado en <https://www.paho.org/es/noticias/13-11-2009-informe-oms-sobre-genero-salud> el 18 de octubre de 2021.

¹¹ Cabe recordar que el dato de 2020 se debe tomar con reserva, toda vez que la condición de la pandemia por Covid-19 pudo haber provocado un subregistro en el número de ILE efectuadas.

en la decisión de quienes, en el futuro, decidan no llevar a término un embarazo.

Gráfica 3. ILE por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva de la Ciudad de México, 2007-2021



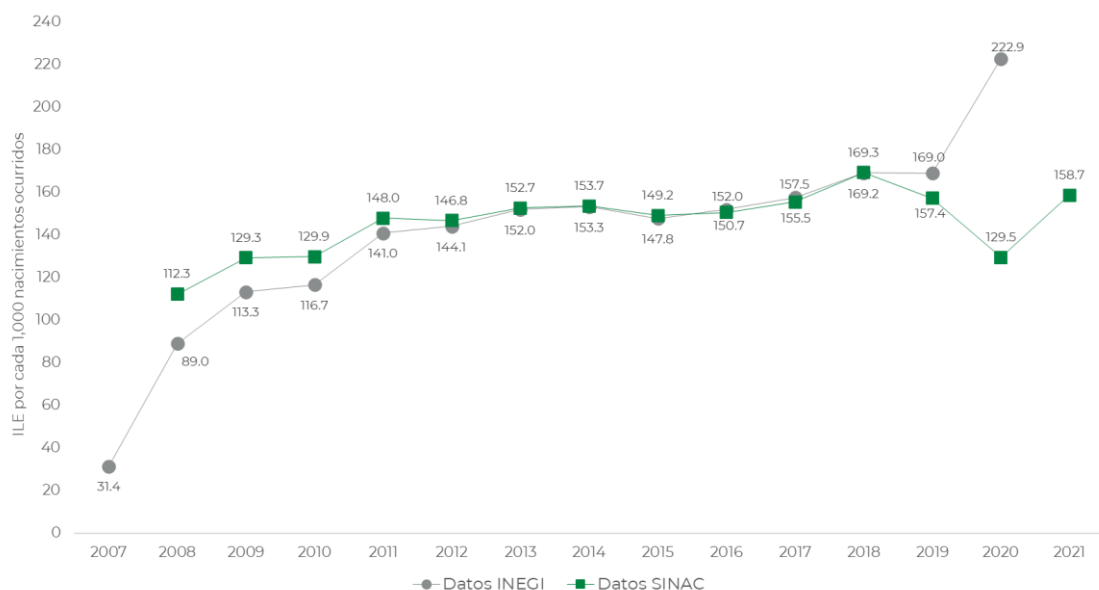
Fuente: DI Evalúa a partir de las ediciones 2009-2019 de la *Agenda estadística de salud* de SEDESA, para el periodo 2007-2019. La información de 2020 y 2021 procede de las bases de datos de ADIP, “Interrupción legal del embarazo”, consultadas en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022. Los datos poblacionales se tomaron del número de mujeres entre 15 y 44 años que el CONAPO reporta en sus proyecciones de población a mitad de año, recuperados de https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050/resource/3afa5f3b-40e6-4957-9a93-d3ce8286f657?inner_span=True el 8 de agosto de 2021. Los datos de la población femenina para ese rango de edad, en 2010, 2015 y 2020, se tomaron de del Censo de Población y Vivienda (cuestionario básico) 2010 y 2020 (según corresponda), y de la Encuesta Intercensal 2015 de INEGI.

En las GRÁFICAS 4 y 5 se presentan las razones de abortos legales por cada 1,000 nacimientos ocurridos y por cada 1,000 embarazos conocidos (definidos como la suma de las ILE y de los nacimientos ocurridos).¹² Es necesario hacer algunas precisiones metodológicas sobre la estimación del número de nacimientos, pues las fuentes utilizadas arrojan cifras que pueden derivar en resultados disímiles para un mismo periodo. Los datos de nacimientos proceden de dos fuentes: las bases de datos de INEGI sobre los

¹² Los nacimientos ocurridos fueron filtrados a fin de seleccionar aquéllos en los que la madre declaró tener como residencia habitual la Ciudad de México, tanto en el caso de los datos de SINAC como los de INEGI.

nacimientos registrados y las de nacimientos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) de la SSA. El método de captación de los datos difiere entre ambos casos, pues mientras el INEGI construye sus estadísticas a partir de las copias de las actas de nacimiento que recibe del Registro Civil,¹³ en el SINAC se da cuenta de los certificados de nacimiento que se otorgan a la madre en un periodo no mayor a 24 horas después del parto.¹⁴

Gráfica 4. ILE por cada 1,000 nacimientos ocurridos, 2007-2021



Fuente: DI Evalúa. Los datos de las ILE de 2007 a 2009 se tomaron de la edición 2010 de la *Agenda estadística de salud* de SEDESA; los de 2011 a 2019 proceden de las ediciones de cada año de esta misma *Agenda Estadística de Salud*; las cifras de ILE de 2020 y 2021 fueron tomadas de las bases de datos “Interrupción legal del embarazo”, consultadas y descargadas de <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022; las de los nacimientos ocurridos se tomaron de las bases de datos de INEGI, “Natalidad”, consultadas en <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/#Microdatos> el 9 de agosto de 2022; y de las bases sobre nacimientos registrados en hospitales de la Secretaría de Salud, descargadas de “Nacimientos. Datos abiertos”, consultadas en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 1º de octubre de 2021.

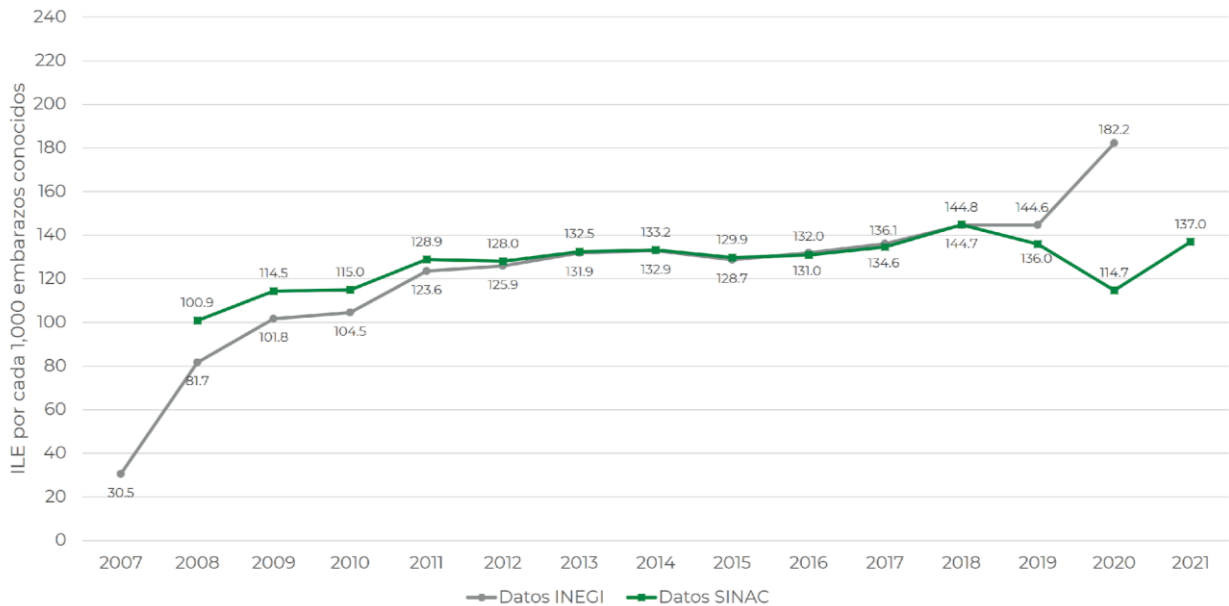
El reporte de nacimientos entre 2008 y 2015, y en 2018, es mayor en el INEGI que en el SINAC (véase la gráfica del Anexo 2). El resto de los años, la

¹³ INEGI, *Estadística de nacimientos. Marco metodológico*, México, 2015, pp. 16 y 17.

¹⁴ Secretaría de Salud, *Metodología para generar los indicadores [sic] de la calidad de la Información del SINAC y SEED*, México, s/r, p. 4.

SSA dio cuenta de más nacimientos que el INEGI, especialmente en 2020, donde la SSA registró 36,441 nacimientos más que el Instituto, siendo la mayor diferencia en toda la serie (el INEGI reportó solo 58.1% de los nacimientos en el SINAC). Es posible que las divergencias en los insumos (actas y certificados de nacimiento) y los procedimientos para recolectar la información sobre los nacimientos ocurridos en un año expliquen por qué las tasas de ILE por cada 1,000 nacimientos o embarazos conocidos parecen tomar rumbos distintos en 2020, a pesar de mostrar tendencias muy similares entre 2008 y 2018.

Gráfica 5. ILE por cada 1,000 embarazos conocidos, 2007-2021



Fuente: DI Evalúa. Los datos de las ILE de 2007 a 2009 se tomaron de la edición 2010 de la *Agenda estadística de salud* de SEDESA; los de 2011 a 2019 proceden de las ediciones de cada año de esta misma *Agenda Estadística de Salud*; los de las ILE de 2020 y 2021 de las bases de datos “Interrupción legal del embarazo”, consultada y descargada en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022; los de los nacimientos ocurridos se tomaron de las bases de datos de INEGI, “Natalidad”, consultadas en <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/#Microdatos> el 9 de agosto de 2022; y de las bases sobre nacimientos registrados en hospitales de la Secretaría de Salud, descargadas de “Nacimientos. Datos abiertos”, consultadas en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 1° de octubre de 2021.

Con los datos de INEGI, pareciera que entre 2018 y 2019 las tasas de ILE por cada 1,000 nacimientos ocurridos (un valor muy cercano a 169 en ambos casos; GRÁFICA 4) y de ILE por cada 1,000 embarazos conocidos (casi 145



en ambos casos; GRÁFICA 5) se hubieran mantenido sin cambio aparente. En 2020, ambos indicadores aumentaron considerablemente (a 223 en el caso de las ILE por cada 1,000 nacimientos ocurridos y a 182 en las ILE por cada 1,000 embarazos conocidos); sin embargo, esto se debe a que el denominador de ese año es particularmente reducido. En ambas tasas, estas variaciones serían las segundas de mayor magnitud para el periodo analizado, superadas sólo por las observadas entre 2007 y 2008. No obstante, se debe tener en cuenta que la situación por la pandemia provocada por la Covid-19 pudo ocasionar que muchos recién nacidos no quedaran inscritos ante el Registro Civil, ya fuera por el cierre de actividades en algunas oficinas públicas o por el miedo de los progenitores o tutores de exponerse al virus, lo cual pudo haberlos orillado a postergar el registro.

En un sentido muy diferente se encuentran las tasas cuando se calculan con los datos del SINAC, pues éstos apuntan a que entre 2019 y 2020 se dio el mayor decrecimiento que se ha experimentado en todo el periodo. La tasa de ILE por cada 1,000 embarazos conocidos pasó, entre estos años, de 136 a 115 (GRÁFICA 5); la de ILE por cada 1,000 nacimientos ocurridos, en ese mismo periodo, experimentó un cambio de 157 a 130 (GRÁFICA 4). Además, entre 2020 y 2021 hubo un crecimiento importante en ambos indicadores, pues alcanzaron las 159 y las 137 ILE por cada 1,000 nacimientos ocurridos y por cada 1,000 embarazos conocidos.

Más allá de la divergencia observada entre las cifras disponibles para el bienio 2019-2020, las series muestran estabilidad, pues ambas fuentes de datos arrojan la misma tendencia entre 2008 y 2018. Con independencia de la fuente utilizada (INEGI o SINAC), y del indicador analizado (ILE por nacimientos ocurridos o ILE por embarazos conocidos), los resultados obtenidos apuntan hacia una tendencia ascendente que encontraría el valor mínimo en 2007 y el máximo en 2018 (excluyendo los datos de los dos últimos años).



Movilidad geográfica para acceder a una ILE

Las fuentes de datos sobre las ILE practicadas en unidades públicas de la Ciudad de México permiten mostrar algunos de los patrones de movilidad que siguen las mujeres que deciden interrumpir su embarazo, tanto si residen en la capital como si provienen de otra entidad. Este apartado tiene tres propósitos para contribuir a dicho análisis. El primero es conocer el origen geográfico de quienes viajan a la Ciudad de México a fin de practicarse una ILE; el segundo, establecer la procedencia local (alcaldías) de las mujeres residentes en la capital de la República que interrumpen su embarazo; el tercero, identificar las alcaldías donde se llevan cabo las ILE.

En septiembre de 2021, la Suprema Corte de Justicia de la Nación dictaminó que penalizar el aborto era inconstitucional.¹⁵ Antes de esta resolución, las mujeres que decidían interrumpir sus embarazos podían ser sujetas a procesos judiciales, según los ordenamientos de 28 estados. Las únicas excepciones a esta situación se encontraban en la Ciudad de México, Hidalgo, Oaxaca y Veracruz. Esta condición legal provocaba que las mujeres que decidían poner fin a su embarazo con acompañamiento médico, pero no residían en la Ciudad de México ni en alguna de las entidades mencionadas, tuvieran que viajar a otros estados o al extranjero, o acceder a un procedimiento clandestino, con tal de practicarse un aborto.¹⁶ En estos casos, a los costos de los servicios médicos se le debían sumar los del transporte, la alimentación y el hospedaje. En la FIGURA 1 se muestra una síntesis de la legislación mexicana referente al aborto, que permite conocer las causales de aborto legal para cada entidad.

¹⁵ E. Murillo, “Histórico: la SCJN despenaliza en todo el país el aborto”, *La Jornada*, México, 8 de septiembre de 2021 (sec. Política), p. 7.

¹⁶ N. Ojeda, M. C. Gavilanes y E. González, “El aborto inducido de las mexicanas en el contexto transfronterizo México-Estados Unidos”, *Papeles de población*, 2003 (núm. 38), pp. 213-251.

Figura 1. Causales de aborto legal en las entidades mexicanas, 2021

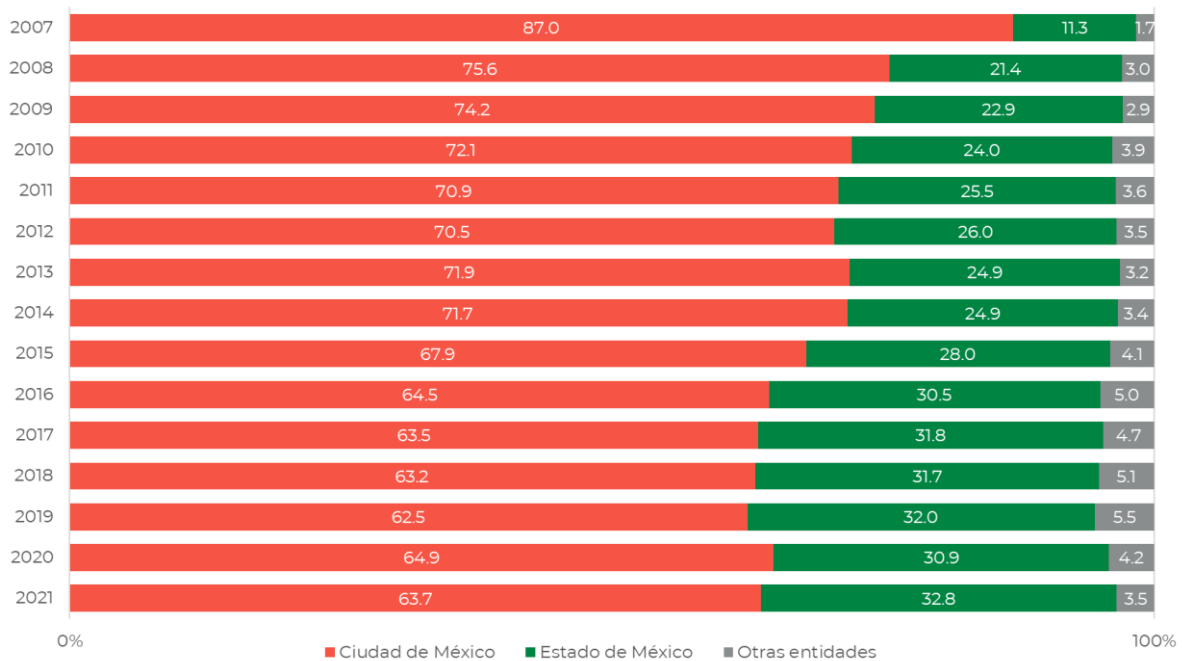
	Violación	Imprudencia o culpable	Peligro de muerte	Malformaciones graves del producto	Grave daño a la salud	Inseminación artificial no consentida	Causas económicas graves	Negación del servicio	Negación de información	A solicitud (antes de 12 semanas)
Aguascalientes	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Baja California	●	●	○	●	●	●	○	○	○	●
Baja California Sur	○	●	●	●	●	●	○	●	○	●
Campeche	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Chiapas	●	○	●	●	○	○	○	○	○	○
Chihuahua	●	●	○	○	●	●	○	○	○	○
Coahuila	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Colima	●	●	●	●	●	●	○	●	●	●
Ciudad de México	●	●	○	●	●	●	○	○	○	●
Durango	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Guanajuato	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○
Guerrero	●	●	●	●	●	●	○	●	○	●
Hidalgo	●	●	●	●	●	●	○	○	○	●
Jalisco	●	●	●	○	●	○	○	○	○	○
Estado de México	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Michoacán	●	●	○	●	●	●	●	○	○	○
Morelos	●	●	●	●	○	●	○	○	○	○
Nayarit	●	●	●	○	●	○	○	○	○	○
Nuevo León	●	○	●	○	●	○	○	○	○	○
Oaxaca	●	●	●	●	●	●	○	○	○	●
Puebla	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Querétaro	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○
Quintana Roo	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
San Luis Potosí	●	●	●	○	○	●	○	○	○	○
Sinaloa	●	●	●	○	●	○	○	○	○	●
Sonora	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Tabasco	●	●	●	○	○	●	○	○	○	○
Tamaulipas	●	●	●	○	●	○	○	○	○	○
Tlaxcala	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Veracruz	●	●	●	●	●	●	○	○	○	●
Yucatán	●	●	●	●	○	●	●	○	○	○
Zacatecas	●	●	●	○	●	○	○	○	○	○

Fuente: DI Evalúa con datos de Ipas México, “Causales de aborto legal”, actualización de junio de 2022, consultado en <https://ipasmexico.org/2020/09/30/causales-de-aborto-legal/> el 30 de agosto de 2022.

Como puede apreciarse en la FIGURA 1, sólo en 9 de los 32 estados de la República Mexicana se permite la interrupción de un embarazo sin restricciones causales; es decir, se puede solicitar la realización de una ILE sin condiciones. En el resto de las entidades, las circunstancias bajo las cuales se puede solicitar un aborto son diversas. Los estados que colindan con la Ciudad de México son Morelos y el Estado de México. En ambas entidades se deben probar algunas condiciones para interrumpir un embarazo: que el producto sea consecuencia de una violación, que exista peligro de

muerte de la madre o malformaciones graves del producto; asimismo, los abortos imprudenciales o culposos no están penalizados (FIGURA 1). En Morelos, además, en caso de que exista inseminación artificial no consentida, la persona gestante puede solicitar una ILE. Entre los estados geográficamente cercanos a la Ciudad de México, aunque no comparten límites con la capital mexicana (Hidalgo, Puebla y Querétaro), sólo Hidalgo recientemente (2021) despenalizó el aborto durante el primer trimestre del embarazo. Por esta razón, la Ciudad de México es un punto que atrae a las mujeres que deciden interrumpir sus embarazos, principalmente de territorios cercanos, como el Estado de México.

Gráfica 6. Distribución porcentual de las ILE realizadas en la Ciudad de México según residencia habitual de la mujer a la que se le practicó, 2007-2021



Fuente: DI Evalúa. Los datos de las ILE de 2007 a 2009 se tomaron de la edición 2010 de la *Agenda estadística de salud* de SEDESA; los de 2011 a 2019 proceden de las ediciones de cada año de esta misma *Agenda Estadística de Salud*; los de las ILE de 2020 y 2021 de las bases de datos "Interrupción legal del embarazo", consultada y descargada en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022. Las cifras absolutas pueden ser consultadas en el cuadro A.1 (Anexo 1).



Como se puede observar en la GRÁFICA 6, la mayoría de las ILE que se han practicado en la Ciudad de México entre 2007 y 2021 se han hecho a mujeres que residen en la misma entidad, seguidas por quienes viven de manera habitual en el vecino Estado de México, cuya participación porcentual ha variado entre el 11.3% (2007) y el 32.8% (2021) del total. Sin embargo, entre el inicio y el final de este intervalo se observan diferencias notables en el porcentaje de mujeres locales y foráneas respecto del conjunto de quienes se practicaron una ILE. En 2007, 13 de cada 100 ILE correspondían a personas del Estado de México o de otros estados de la República, mientras en 2021 esta relación había aumentado a 36 de cada 100; el máximo valor correspondió a 2019, donde el 37.5% de las ILE fueron realizadas a mujeres foráneas. Estas diferencias se deben, sobre todo, a las mujeres procedentes del Estado de México, pues el peso de las demás entidades nunca ha superado el 5.5% del total de las interrupciones practicadas en un año en la Ciudad de México, como sucedió en 2019.

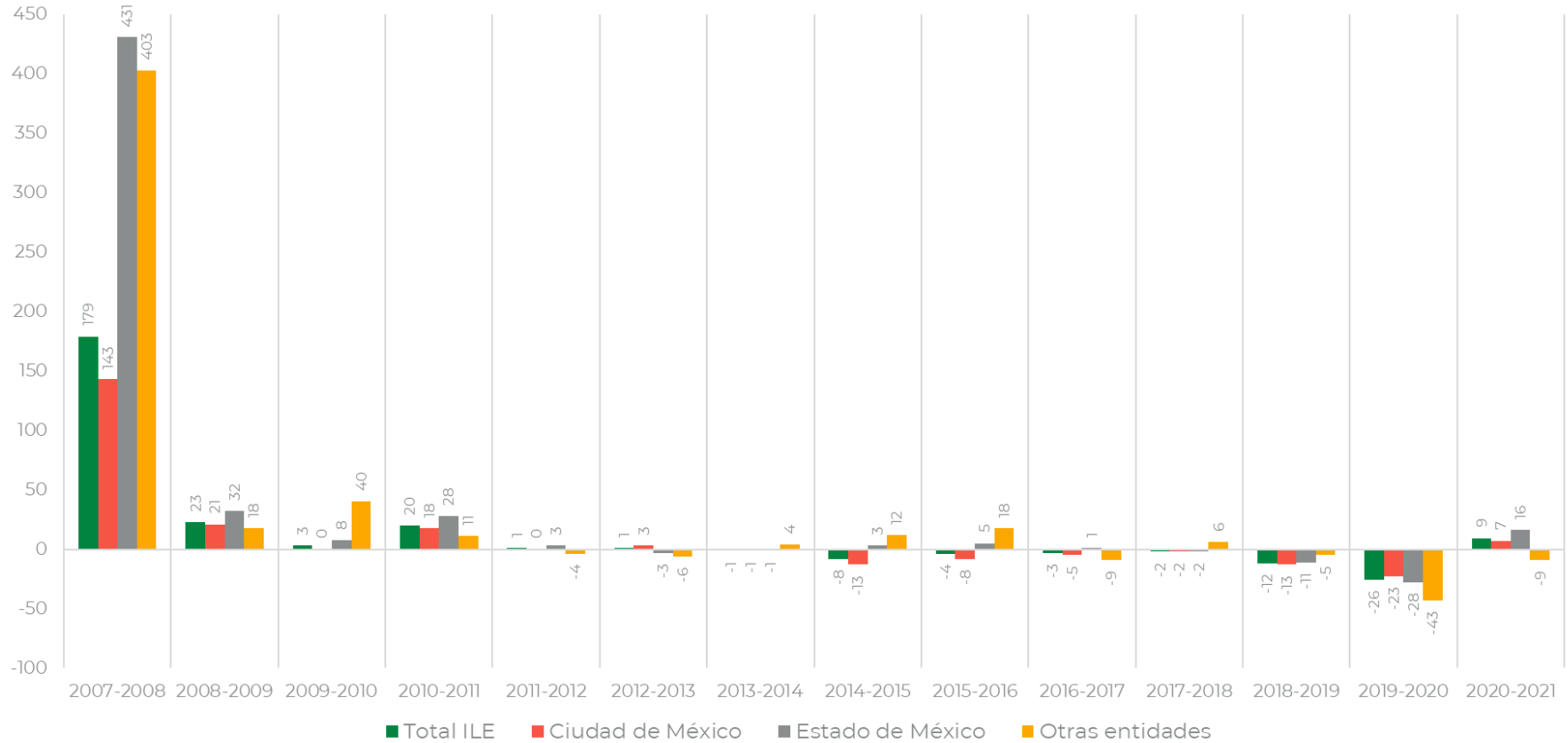
Una mención especial se debe hacer sobre las tasas de variación interanual de las ILE practicadas a residentes de diferentes entidades. Como se puede apreciar en la GRÁFICA 7, el valor de este indicador para el total de ILE realizadas en la capital mexicana mantuvo una tendencia positiva entre 2007 y 2011 (de gran magnitud entre los dos primeros años del periodo), y negativa (o cercana a 0) entre 2011 y 2020. El ritmo en la disminución del total de ILE es especialmente fuerte entre 2018 y 2020, si bien en el último bienio se observa una variación positiva en este indicador. Este mismo patrón se encuentra presente en las ILE practicadas a residentes de la Ciudad de México y del Estado de México, pues sus tasas de variación fueron positivas al comienzo del periodo, luego negativas y, en el último tramo (2020-2021), reportaron tendencias positivas.

En el caso de las ILE realizadas a mujeres residentes en otras entidades de la República (excepto el Estado de México), las tasas de variación han oscilado entre valores positivos y negativos, pero en el bienio 2019-2020 la magnitud de este indicador fue de -43%, lo cual indica una caída de prácticamente la mitad de las ILE practicadas a estas mujeres foráneas. Dicha tasa fue la más alta (en valor absoluto) tanto para ese conjunto de mujeres como para el resto de los grupos mostrados en la GRÁFICA 7. Es posible



que esta drástica disminución se haya debido a la pandemia por la Covid-19, pues posiblemente algunas mujeres decidieran no viajar a la Ciudad de México para interrumpir sus embarazos durante 2020; o, en caso de hacerlo, optaran por clínicas privadas de reducido tamaño (o algún otro tipo de acompañamiento) con el fin de evitar el riesgo de contagio asociado con las aglomeraciones de las grandes clínicas. En el periodo subsecuente, la tasa de variación de las ILE efectuadas a mujeres procedentes de otros estados de la República fue la única de signo negativo, posiblemente como resultado de la tendencia dibujada desde el año previo y de la permanencia de los efectos sociales de la pandemia.

Gráfica 7. Tasas de variación interanual de las ILE, según residencia de las mujeres, 2007-2021



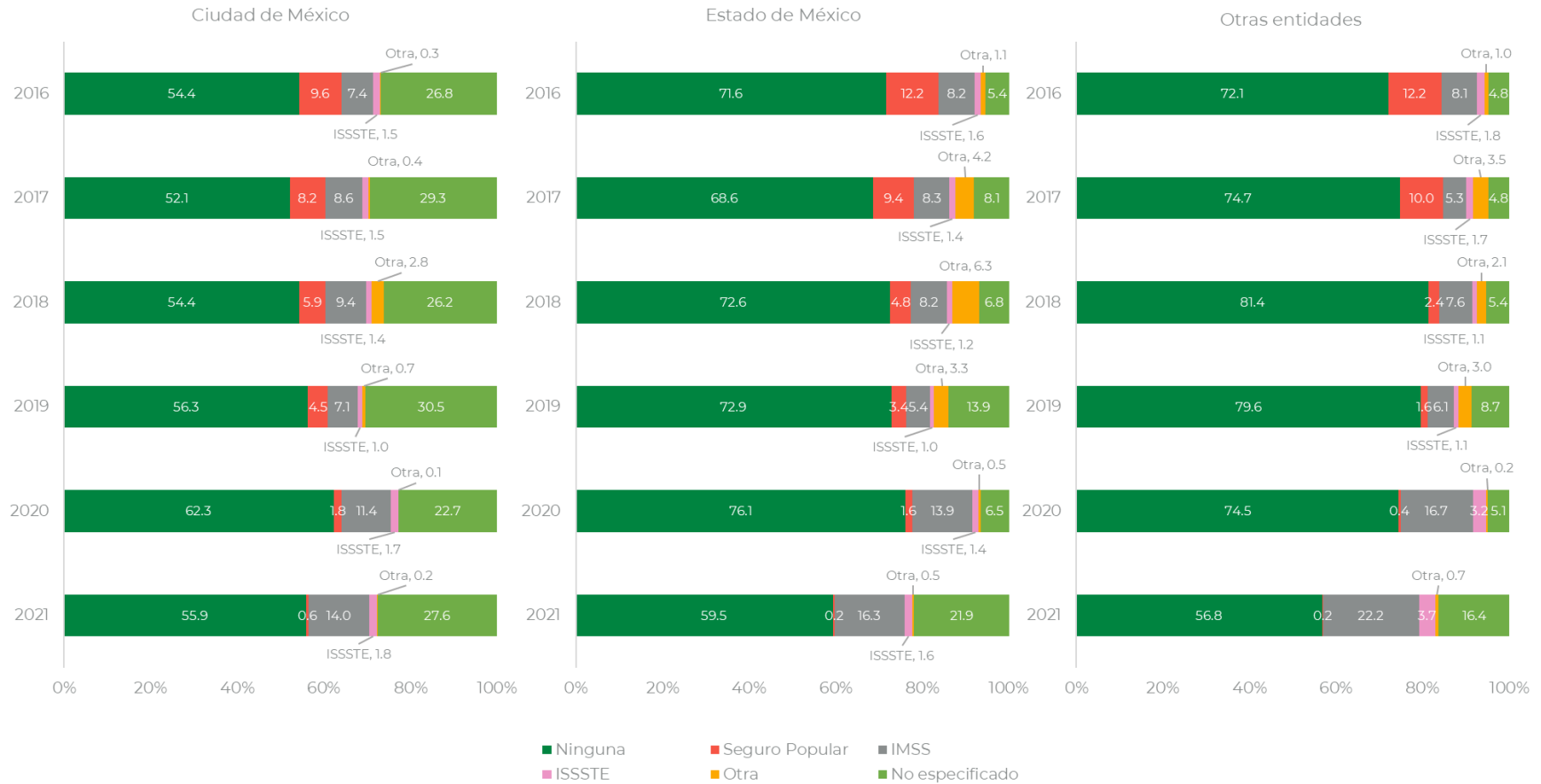
Nota: La categoría "otras entidades" excluye al Estado de México. **Fuente:** DI Evalúa. Los datos de las ILE de 2007 a 2009 se tomaron de la edición 2010 de la *Agenda estadística de salud* de SEDESA; los de 2011 a 2019 se tomaron de las ediciones de cada año de la *Agenda Estadística de Salud* de SEDESA; los de las ILE de 2020 y 2021 de las bases de datos "Interrupción legal del embarazo", consultadas y descargadas en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022.



Las bases de datos “Interrupción legal del embarazo” permite conocer algunas de las características socio demográficas de las mujeres que viajan a la Ciudad de México para terminar su embarazo.¹⁷ En el contexto de la pandemia por Covid-19 —al igual que lo observado desde la despenalización del aborto hasta 2021— la mayoría de las ILE practicadas en la capital de la República se realizaron a mujeres residentes en esta entidad. En la FIGURA 2 se muestra la condición de afiliación a servicios médicos de las mujeres que interrumpieron sus embarazos, según entidad de procedencia. Como se puede observar, la mayor parte de las ILE practicadas a mujeres que viven en la capital de la República fueron sucesos en los que no se reportaba afiliación a servicios médicos (entre el 52.1% y el 62.3%, de 2017 y 2020, respectivamente). Asimismo, la mayoría de las ILE que se practicaron a residentes del Estado de México correspondían a mujeres que tampoco tenían derechohabiencia (con un rango entre el 59.5% de 2021 y el 76.1% de 2020), proporción similar a la de las mujeres que residían en las demás entidades federativas (excepto el Estado de México) y se practicaron una ILE en la capital (56.8% de 2021 y el 81.4% de 2018).

¹⁷ A diferencia de los datos publicados en la *Agenda Estadística de Salud*, las bases “Interrupción legal del embarazo” recopilan información socio demográfica y económica correspondiente a cada una de las ILE practicadas, por lo que es la fuente de información que permite un análisis de estas dimensiones a nivel de alcaldía. No obstante, es importante señalar que esta fuente de información carece de descripción del archivo o documento metodológico, por lo que el análisis de la información se lleva a cabo a partir de la interpretación de los nombres presentados en el diccionario de datos, el cual no incluye libro de códigos. Dado que los archivos correspondientes a estas bases se emplearon para cubrir el periodo 2016-2021, el diagnóstico socio demográfico, económico y de movilidad geográfica que se presenta en este apartado y en el siguiente se refiere a este lapso.

Figura 2. ILE según entidad de residencia y derechohabencia de la mujer que abortó, 2016-2021

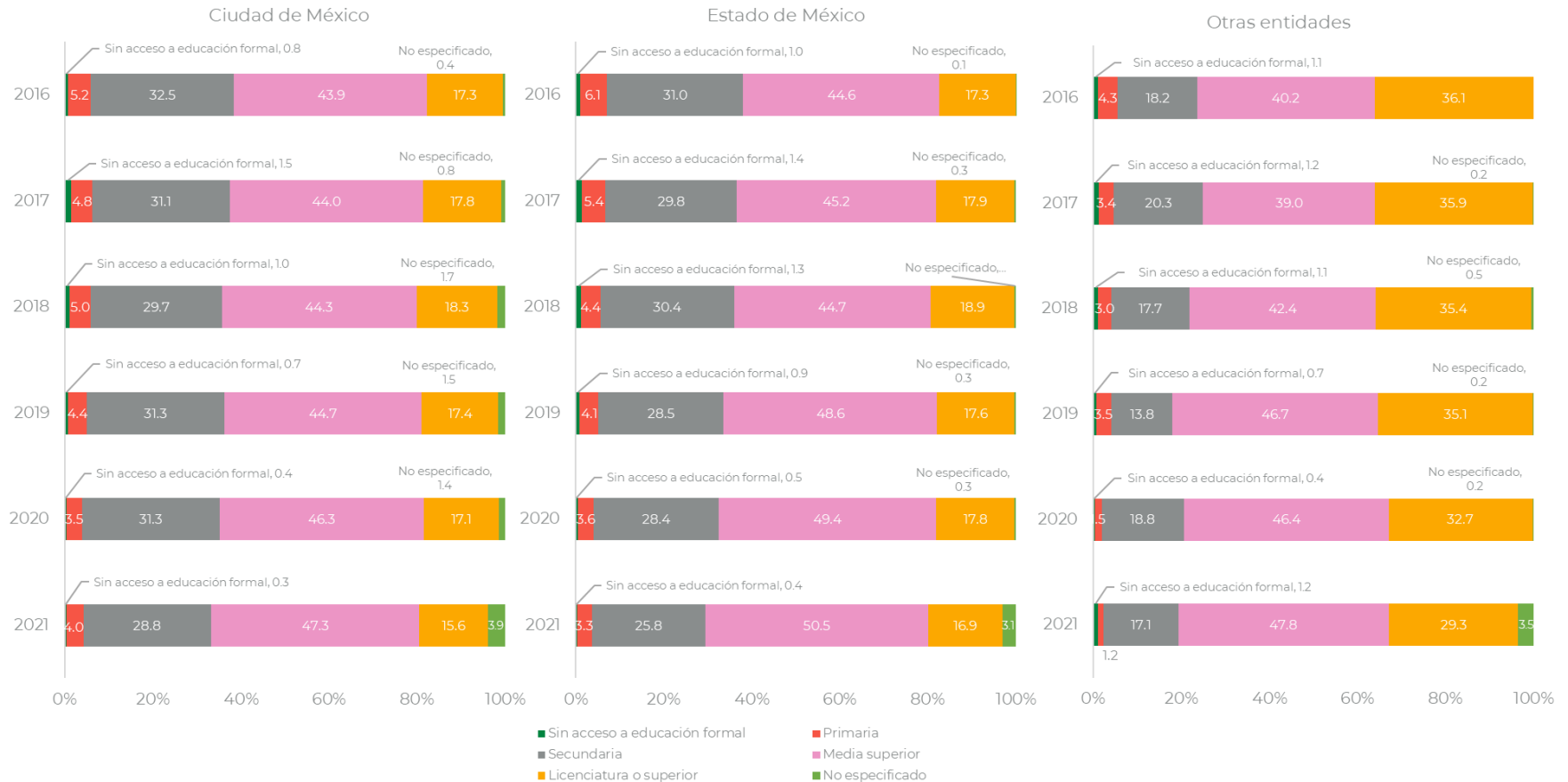


Notas: * En las variables de derechohabencia, educación y condición de actividad hay muchos valores faltantes, por lo cual estas cifras deben tomarse con cautela. Los porcentajes se calculan respecto del total de casos válidos para cada categoría (residentes de la Ciudad de México, del Estado de México o de las demás entidades) en cada variable. **Fuente:** DI Evalúa a partir de las bases de datos "Interrupción legal del embarazo", consultadas y descargadas en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022.



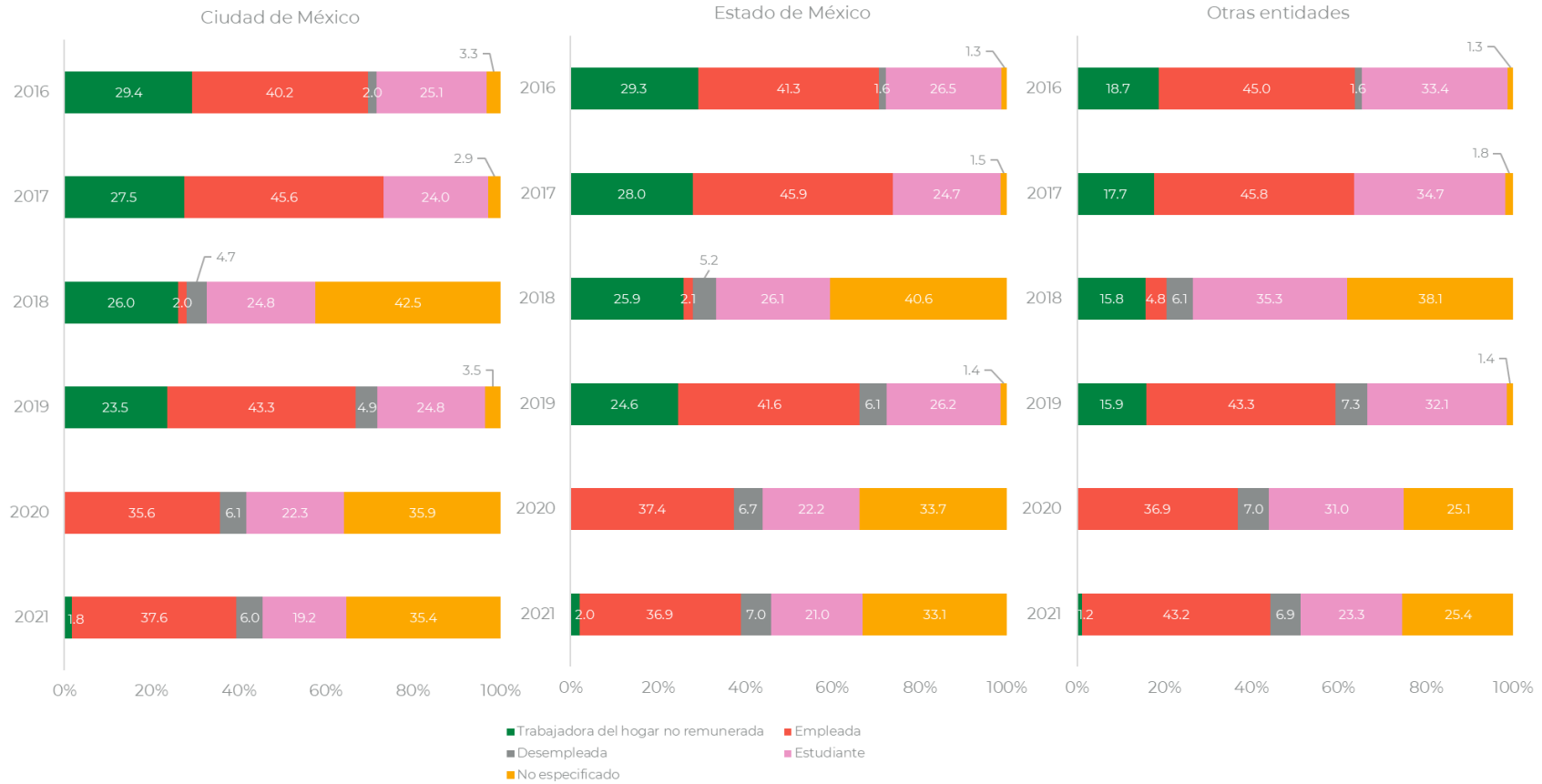
En la FIGURA 3, es notable que la proporción de ILE practicadas a mujeres con estudios de licenciatura es mayor entre quienes residían en otras entidades, en comparación con quienes lo hacían en Ciudad de México y Estado de México, sin importar el año que se observe. En 2021, casi 3 de cada 10 ILE practicadas a mujeres residentes en otras entidades correspondían a mujeres con educación superior, aunque esta proporción ha ido disminuyendo a lo largo del tiempo, pues en 2016 esta fracción equivalía al 36.1%. Entre las mujeres residentes en la capital o en el Estado de México, el porcentaje de ILE practicadas a personas con este nivel de escolaridad nunca superó el 19.0%, en ninguno de los años mostrados. Las ILE realizadas a mujeres con secundaria ocuparon una mayor proporción entre las residentes de la capital y del Estado de México en comparación con quienes provenían de otras entidades del país. Es posible concluir, por lo tanto, que entre las mujeres foráneas que se han practicado una ILE en la Ciudad en años recientes hay una mayor probabilidad de que hayan alcanzado estudios de educación superior. No obstante, en los tres grupos mostrados (Ciudad de México, Estado de México y resto de las entidades) la educación media superior representó la mayor proporción, en cada uno de los periodos reportados.

Figura 3. ILE según lugar de residencia y educación de la mujer que abortó, 2016-2021



Notas: * En las variables de derechohabiencia, educación y condición de actividad hay muchos valores faltantes, por lo cual estas cifras deben tomarse con cautela. Los porcentajes se calculan respecto del total de casos válidos para cada categoría (residentes de la Ciudad de México, del Estado de México o de las demás entidades) en cada variable. **Fuente:** DI Evalúa a partir de las bases de datos "Interrupción legal del embarazo", consultadas y descargadas en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022.

Figura 4. ILE según lugar de residencia y ocupación de la mujer que abortó, 2016-2021



Notas: * En las variables de derechohabiencia, educación y condición de actividad hay muchos valores faltantes, por lo cual estas cifras deben tomarse con cautela. Los porcentajes se calculan respecto del total de casos válidos para cada categoría (residentes de la Ciudad de México, del Estado de México o de las demás entidades) en cada variable. **Fuente:** DI Evalúa a partir de las bases de datos "Interrupción legal del embarazo", consultadas y descargadas en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022.



En lo concerniente a la condición de actividad (FIGURA 4), los datos muestran que, en casi todos los años, una proporción mayoritaria de las ILE practicadas a mujeres provenientes de otras entidades correspondían a quienes trabajaban (exceptuando 2018, cuando este porcentaje fue de sólo 4.8) o estudiaban. El porcentaje de interrupciones practicadas a mujeres que estaban empleadas es muy similar entre residentes del Estado de México y de la Ciudad de México. En cambio, la proporción de ILE realizadas a capitalinas y mexiquenses que estudiaban es menor, en comparación con las que se llevaron a cabo en mujeres de otras entidades que estudiaban.

En el CUADRO 1 se muestra cómo se distribuyen las ILE practicadas, entre 2016 y 2021, en cada alcaldía según la demarcación de residencia de la mujer que interrumpió su embarazo. En la mayoría de las zonas que cuentan con alguna unidad médica donde se ofrece el servicio de interrupción del embarazo, el mayor porcentaje de abortos corresponde a mujeres que residen en esa misma demarcación. En las siguientes alcaldías, la proporción mayoritaria de ILE se practicaron a residentes de esas mismas zonas: Álvaro Obregón (67.4%), Azcapotzalco (70.1%), Gustavo A. Madero (84.8%), Iztapalapa (85.1%) y Tlalpan (58.7%). Cuajimalpa concentró un gran número de ILE entre sus propias habitantes en 2020 (72.8%), pero no en otros años. Se debe tener en cuenta que el elevado número de casos en los que no se especificó la alcaldía de residencia (2,594, tomando sólo a quienes declararon vivir en la Ciudad de México), provoca que esta información se deba tomar con cautela.

Es posible observar también que existen demarcaciones con elevados porcentajes de interrupciones legales del embarazo practicadas a mujeres que residen fuera de ellas. En este sentido sobresale Miguel Hidalgo, pues casi 3 de cada 4 de las ILE realizadas en esa demarcación se practicaron a personas que residían en otro lugar de la Ciudad, especialmente en Azcapotzalco, Álvaro Obregón y Cuauhtémoc. Otras alcaldías presentan también porcentajes elevados, en términos comparativos, de ILE efectuadas a mujeres no residentes en ellas. En todos los casos, la mayor probabilidad corresponde a mujeres que viven en áreas colindantes, como sucede en Tláhuac (el 19.4% de las ILE se practicaron a mujeres de Iztapalapa), la ya



mencionada Miguel Hidalgo (el 16.7% corresponde a mujeres de Azcapotzalco), Tlalpan (las ILE practicadas a vecinas de la Magdalena Contreras fueron 15.1%, más 13.2% a habitantes de Coyoacán) y Xochimilco (el 11.3% de los abortos se realizaron a habitantes de Tlalpan).

Cuadro 1. ILE realizadas en cada alcaldía de la Ciudad de México según lugar de residencia de la mujer que interrumpió su embarazo, 2016-2021

1. De todas las ILE practicadas en unidades de esta alcaldía...															
2. este porcentaje correspondía a residentes de...		AO	AZC	CUAJ	GAM	IZTP	MA	MC	MH	TLAH	TLAL	VC	XOC	NE/No en CLUES ¹	Ciudad de México
	AO	67.4	1.8	24.3	0.3	0.3	0.0	7.1	13.8	0.1	1.8	1.9	0.2	10.6	7.1
	AZC	0.1	70.1	0.0	1.8	0.1	0.0	0.4	16.7	0.1	0.1	1.7	0.1	16.7	5.9
	BJ	1.8	0.6	0.2	0.1	0.4	0.0	0.4	3.9	0.2	0.2	1.9	0.2	3.8	1.7
	COY	2.3	0.7	0.3	0.2	1.6	0.0	1.7	4.7	2.5	13.2	4.1	8.8	5.2	3.6
	CUAJ	3.1	0.1	14.2	0.0	0.0	0.0	0.0	1.6	0.1	0.0	0.2	0.1	3.1	1.1
	CUAU	0.6	3.1	0.3	1.4	0.5	0.0	0.0	11.5	0.1	0.0	11.8	0.6	10.4	7.1
	GAM	0.3	7.6	0.2	84.8	0.4	0.0	0.0	5.3	0.6	0.3	22.8	0.0	8.6	15.5
	IZTC	0.3	0.8	0.2	0.2	1.8	0.0	0.0	1.7	0.4	0.0	11.2	0.2	2.0	5.2
	IZTP	1.3	1.4	0.4	0.5	85.1	6.0	0.4	5.4	19.4	1.7	14.5	4.9	5.0	20.1
	MA	0.1	0.0	0.0	0.0	0.6	48.0	0.0	0.3	12.8	0.3	0.2	7.9	0.5	1.4
	MC	7.5	0.5	1.3	0.0	0.3	0.0	71.4	2.7	0.1	15.1	0.6	0.5	2.2	1.7
	MH	1.3	6.4	1.0	0.2	0.1	0.0	0.0	22.4	0.1	0.1	0.7	0.5	18.3	4.5
	TLAH	0.4	0.1	0.0	0.0	5.3	32.0	0.0	0.7	43.5	0.7	1.1	5.7	1.2	4.5
	TLAL	2.7	0.3	0.6	0.1	1.2	0.0	11.2	4.3	1.6	58.7	2.3	11.3	5.0	3.6
	VC	0.2	0.8	0.2	0.5	0.4	0.0	0.0	1.0	0.1	0.3	21.2	0.0	2.3	9.0
XOC	0.3	0.3	0.0	0.1	1.3	13.0	0.4	1.4	10.9	2.2	1.3	49.4	3.9	3.5	
Otro municipio ²	10.2	5.5	56.8	9.8	0.6	1.0	7.1	2.7	7.4	5.2	2.5	9.8	1.1	4.7	
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	2,842	1,463	1,247	3,131	7,996	100	241	4,138	3,855	900	23,314	1,628	7,481	58,336	

Valor más alto para cada columna

Segundo valor más alto para cada columna

Nota: ¹ La base de datos de la ADIP no permite conocer la alcaldía donde se localiza la unidad médica; para ello se tomó la CLUES y se imputó la demarcación en la base de la ADIP. NE/No en CLUES: no especificado o sin clave identificada en el catálogo CLUES. ² Hay casos en los que se reporta que la entidad de residencia de la mujer es la Ciudad de México, pero en la alcaldía de residencia aparecía el nombre de alguna demarcación que no correspondía a las 16 alcaldías capitalinas (por ejemplo, La Paz). En estos casos se decidió incluir el dato registrado en la base y clasificar a la mujer en la categoría “Otro municipio”. El 100% se obtiene para el total de las ILE practicadas en cada alcaldía. **Fuente:** DI Evalúa a partir de las bases de datos “Interrupción legal del embarazo”, consultadas y descargadas en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022; y de la base “Catálogo CLUES”, descargada de http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercam-bio/clues_gobmx.html el 14 de octubre de 2021.



Cabe resaltar que una gran parte de las ILE realizadas en la Ciudad de México tienen lugar en unidades médicas localizadas en Venustiano Carranza (40.0% de las interrupciones efectuadas durante el lapso 2016-2021 se practicaron allí) e Iztapalapa (13.7%) (CUADRO 2). Desde esta perspectiva, puede afirmarse que sólo dos demarcaciones aportan más de la mitad de las interrupciones practicadas en la capital del país (53.7%). Si se considera Miguel Hidalgo (donde tuvo lugar el 7.1% de las ILE) en estas tres demarcaciones capitalinas se llevaron a cabo, aproximadamente, 61 de cada 100 abortos practicados en la capital de la República en los seis años analizados. La información del CUADRO 2 también permite conocer cuál es la probabilidad de que las mujeres que se someten a una ILE lo hagan en la alcaldía donde residen. En este sentido es posible destacar tres grupos de demarcaciones. El primero corresponde a las zonas donde las mujeres eligen, con elevada probabilidad, las unidades médicas existentes allí como el lugar para practicarse una ILE: Álvaro Obregón, Azcapotzalco, Cuajimalpa, Iztapalapa, Miguel Hidalgo, Tláhuac, Tlalpan (si bien en este caso el porcentaje más grande corresponde a Venustiano Carranza), Venustiano Carranza y Xochimilco.

El segundo grupo engloba a las demarcaciones cuyas mujeres se desplazan, con mayor probabilidad, a otras alcaldías para someterse a este procedimiento, como sucede en Gustavo A. Madero, Milpa Alta y la Magdalena Contreras (aunque no hay registros de ILE practicadas allí antes de 2021). En el tercer grupo se incluyen las alcaldías donde no hay establecimientos públicos que ofrezcan el servicio de abortos: Benito Juárez, Coyoacán, Cuauhtémoc e Iztacalco. El análisis de los datos permite concluir que existe una alta propensión a elegir alcaldías colindantes a la de residencia para llevar a cabo una ILE. Sin embargo, Venustiano Carranza representa un notable punto de atracción al respecto, incluso para la población que reside en territorios de la Ciudad geográficamente alejados. Así, esta demarcación representó un punto de llegada para las habitantes de Tlalpan, La Magdalena Contreras, Coyoacán y Benito Juárez, pues porcentajes importantes de las ILE practicadas a residentes de esas alcaldías se efectuaron en esta demarcación del noreste capitalino.

Cuadro 2. ILE según residencia de la mujer que interrumpió su embarazo y alcaldía donde ocurrió. Ciudad de México, 2016-2021

2. este porcentaje se practicó en unidades médicas de la alcaldía...																
1. De las ILE que se practicaron las residentes de...		AO	AZC	CUAJ	GAM	IZTP	MA	MC	MH	TLAH	TLAL	VC	XOC	NE/No en CLUES ¹	Total	
	AO	46.4	0.6	7.3	0.2	0.6	0.0	0.4	13.8	0.1	0.4	10.8	0.1	19.3	100	4,129
	AZC	0.1	29.9	0.0	1.6	0.2	0.0	0.0	20.0	0.1	0.0	11.6	0.0	36.4	100	3,437
	BJ	5.2	0.9	0.3	0.3	2.8	0.0	0.1	16.1	0.7	0.2	44.3	0.4	28.7	100	1,000
	COY	3.1	0.5	0.2	0.3	6.0	0.0	0.2	9.3	4.6	5.6	44.9	6.8	18.5	100	2,108
	CUAJ	14.5	0.2	28.8	0.2	0.3	0.0	0.0	10.9	0.5	0.0	6.4	0.2	38.1	100	614
	CUAU	0.4	1.1	0.1	1.1	0.9	0.0	0.0	11.5	0.1	0.0	66.0	0.2	18.7	100	4,155
	GAM	0.1	1.2	0.0	29.4	0.4	0.0	0.0	2.5	0.2	0.0	58.9	0.0	7.1	100	9,014
	IZTC	0.3	0.4	0.1	0.2	4.7	0.0	0.0	2.3	0.5	0.0	86.5	0.1	4.9	100	3,016
	IZTP	0.3	0.2	0.0	0.1	58.1	0.1	0.0	1.9	6.4	0.1	28.9	0.7	3.2	100	11,706
	MA	0.2	0.0	0.0	0.0	6.2	5.8	0.0	1.3	59.9	0.4	6.2	15.5	4.6	100	827
	MC	21.1	0.7	1.6	0.1	2.5	0.0	17.1	11.2	0.3	13.6	14.8	0.8	16.3	100	1,003
	MH	1.4	3.5	0.5	0.2	0.3	0.0	0.0	35.1	0.2	0.0	6.5	0.3	51.9	100	2,640
	TLAH	0.4	0.1	0.0	0.0	16.3	1.2	0.0	1.1	63.8	0.2	9.8	3.5	3.5	100	2,626
	TLAL	3.8	0.2	0.4	0.1	4.5	0.0	1.3	8.5	3.0	25.5	25.7	8.9	18.1	100	2,072
	VC	0.1	0.2	0.0	0.3	0.7	0.0	0.0	0.8	0.1	0.1	94.4	0.0	3.3	100	5,245
XOC	0.4	0.2	0.0	0.2	5.0	0.6	0.0	2.9	20.7	1.0	14.6	39.8	14.5	100	2,020	
Otro municipio ²	10.6	3.0	26.0	11.3	1.8	0.0	0.6	4.0	10.5	1.7	21.5	5.8	2.9	100	2,724	
Ciudad de México	4.9	2.5	2.1	5.4	13.7	0.2	0.4	7.1	6.6	1.5	40.0	2.8	12.8	100	58,336	

Valor más alto para cada renglón

Segundo valor más alto para cada renglón

Nota: ¹ La base de datos de la ADIP no permite conocer la alcaldía donde se localiza la unidad médica; para ello se tomó la CLUES y se imputó la demarcación en la base de la ADIP. NE/No en CLUES: no especificado o sin clave identificada en el catálogo CLUES. ² Hay casos en los que se reporta que la entidad de residencia de la mujer es la Ciudad de México, pero en la alcaldía de residencia aparecía el nombre de alguna demarcación que no correspondía a las 16 alcaldías capitalinas (por ejemplo, La Paz). En estos casos se decidió incluir el dato registrado en la base y clasificar a la mujer en la categoría “Otro municipio”. El 100% se obtiene para el total de las ILE practicadas a residentes en cada alcaldía. **Fuente:** DI Evalúa a partir de la base de datos “Interrupción legal del embarazo”, consultada y descargada de <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 7 de mayo de 2021, y de la base “Catálogo CLUES”, descargada de http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html el 14 de octubre de 2021.

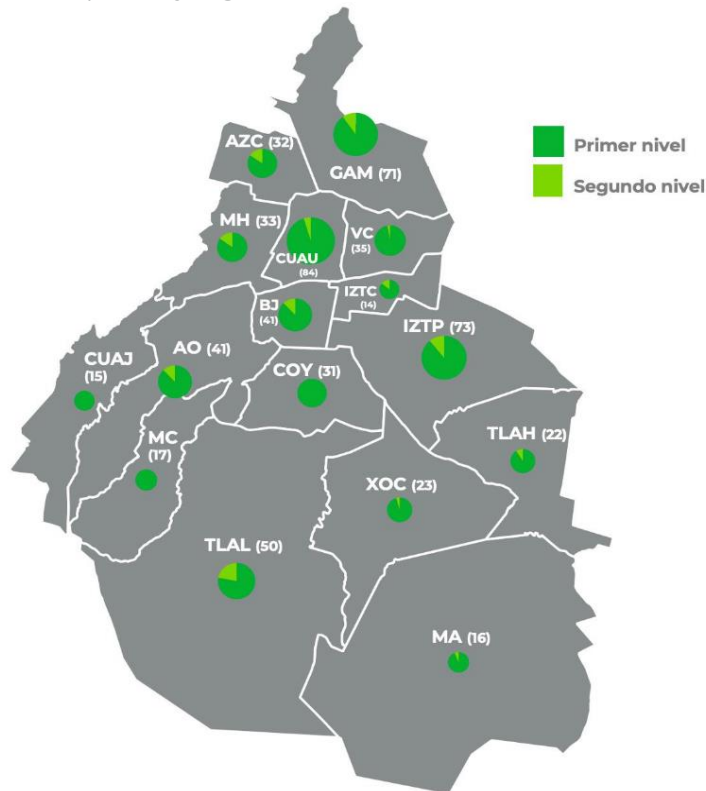


Un adecuado análisis de los flujos locales que trazan las mujeres al elegir las demarcaciones donde realizarse una ILE debería considerar otros factores (además del lugar de residencia y de ejecución del aborto), como la existencia de unidades médicas en las alcaldías donde viven las mujeres, la valoración del servicio prestado en ellas o incluso la cercanía geográfica con personas (familiares o amigos) que brindarán el apoyo durante el periodo de recuperación.

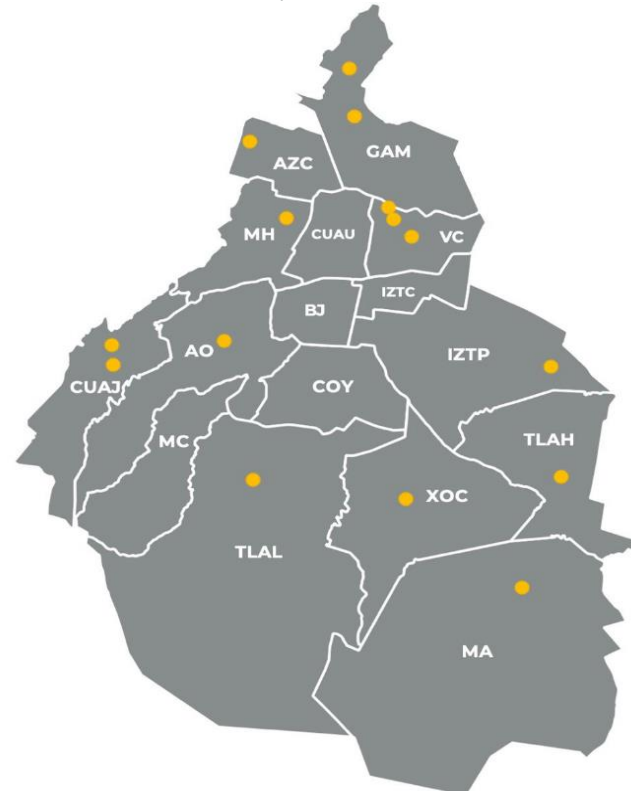
Como se puede observar en la FIGURA 5 (mapa de la derecha), la disposición de los establecimientos públicos de salud donde es posible realizar una ILE puede ser un factor importante a la hora de explicar por qué ciertas alcaldías concentran un mayor número de procedimientos que otras. En Venustiano Carranza (donde se llevaron a cabo 40 de cada 100 ILE practicadas en la Ciudad entre 2016 y 2021) se cuenta con 3 unidades públicas de salud en las cuales se puede solicitar la interrupción de un embarazo: Hospital Materno Infantil Inguarán, Clínica de Salud Reproductiva Beatriz Velasco Alemán y Clínica de Salud Reproductiva Dr. Juan Duque Estrada. La alcaldía Miguel Hidalgo alberga sólo un establecimiento de este tipo, pero su ubicación cercana al centro urbano —al igual que las clínicas y el hospital de Venustiano Carranza— puede ser un factor que explique la concentración de ILE en dicha zona. Un caso especial se presenta en Cuajimalpa, pues en esa demarcación se realizan pocas ILE (el 2.1% de las efectuadas durante el lapso 2016-2021) a pesar de que en su territorio se localizan dos centros de salud en los que se puede solicitar este procedimiento. Posiblemente la ubicación de estas unidades en el extremo occidental capitalino puede ser un factor de desaliento para que las mujeres residentes en otras demarcaciones, que deciden interrumpir su embarazo, elijan esta zona para hacerlo.

Figura 5. Unidades públicas de salud de primer y segundo nivel en cada alcaldía, y localización de las clínicas públicas que ofrecen el servicio de ILE en la Ciudad de México, 2020

Distribución de las unidades públicas de primer y segundo nivel en cada alcaldía



Localización de las unidades públicas donde se practican las ILE



Nota: Las cifras entre paréntesis corresponden al total de unidades médicas registradas en cada alcaldía. **Fuente:** DI Evalúa a partir de la base de datos "Interrupción legal del embarazo", descargada de <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 7 de mayo de 2021, y del Catálogo "Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)" de la SSA, consultado en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html el 9 de junio de 2021.



Una explicación más detallada sobre la concentración de ILE en ciertos establecimientos o alcaldías debería considerar la disponibilidad de medios de transporte y la satisfacción de las usuarias con los servicios de salud ofrecidos, entre otras variables cuyo análisis excede los límites de este documento. Sea como fuere, se debe recordar que los datos disponibles sólo hacen referencia a los abortos efectuados en establecimientos públicos, por lo cual es posible que la distribución socio territorial de estas intervenciones fuera diferente si se contara con información de las ILE llevadas a cabo en unidades privadas o del sector social, o con acompañamiento diferente al médico.

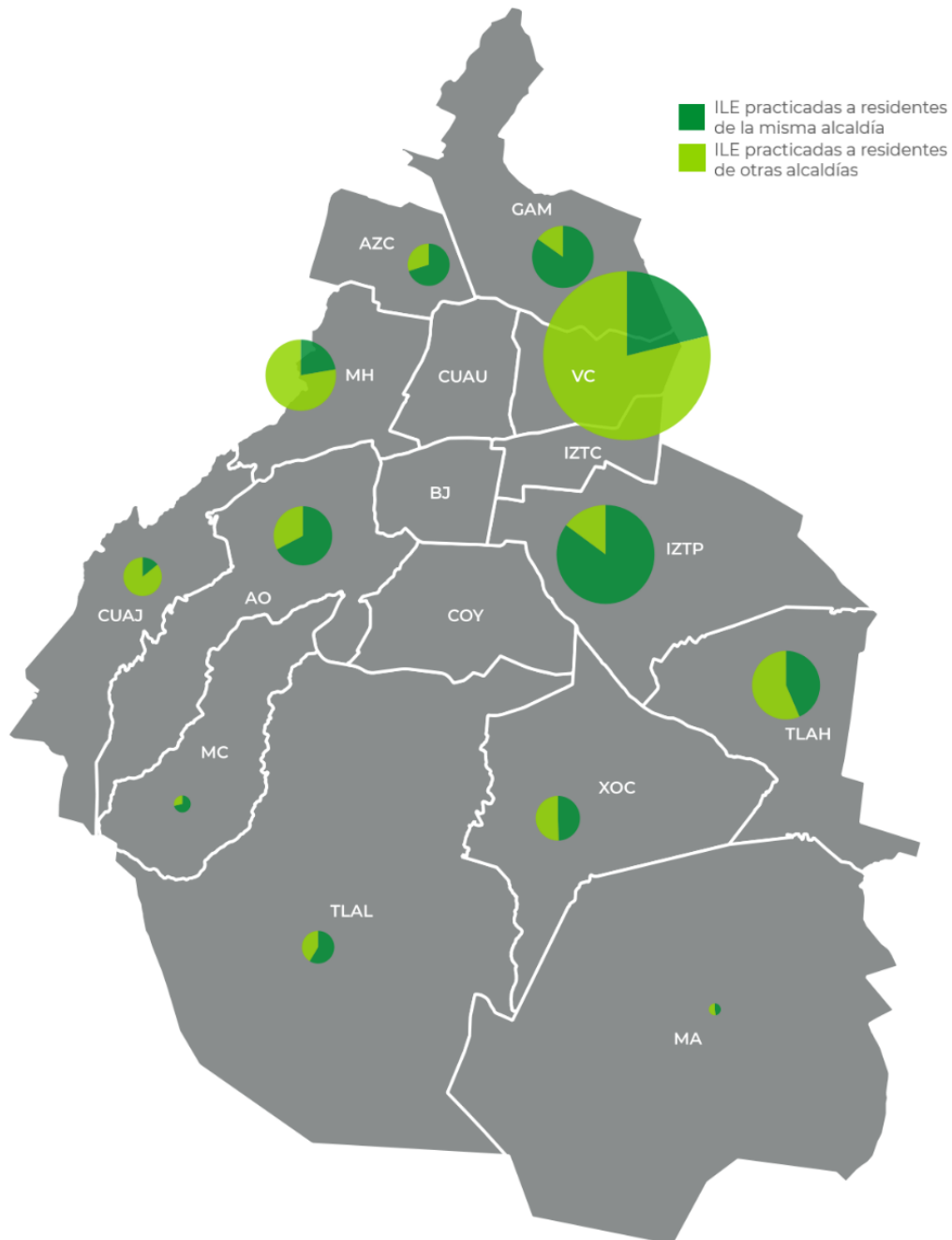
Otra forma de representar la movilidad de las capitalinas que interrumpen un embarazo es observar de manera conjunta la concentración de las ILE entre las alcaldías y, al interior de cada una de ellas, la procedencia geográfica de las mujeres que solicitan las interrupciones. En el MAPA 1 se presenta la concentración de las ILE practicadas en cada demarcación respecto de todas las efectuadas en la Ciudad entre 2016 y 2021 (los datos corresponden a los mostrados en el CUADRO 1). Como puede observarse, en Venustiano Carranza, Miguel Hidalgo, Tláhuac y Cuajimalpa se llevan a cabo un mayor número de ILE a residentes de otras alcaldías que a mujeres de esas mismas demarcaciones. Además, entre las primeras dos alcaldías se concentra un número importante de las interrupciones que se hicieron en la Ciudad durante el periodo analizado, por lo que es posible concluir que las clínicas localizadas en ambas zonas son muy demandadas por quienes solicitan este servicio médico. Una circunstancia destacable es la de Iztapalapa, pues en esta zona se lleva a cabo un elevado número de interrupciones de embarazos, aunque la mayoría se practican a residentes de la misma localidad.

La información del MAPA 2 permite analizar los patrones de movilidad mediante la visualización de las demarcaciones hacia las que suelen desplazarse las mujeres que se practican una ILE. Como es posible apreciar, las unidades ubicadas en Venustiano Carranza atraen a buena parte de las residentes de otras alcaldías, pues ésta es la primera o segunda opción más recurrida por las mujeres que viven en las vecinas Gustavo A. Madero,



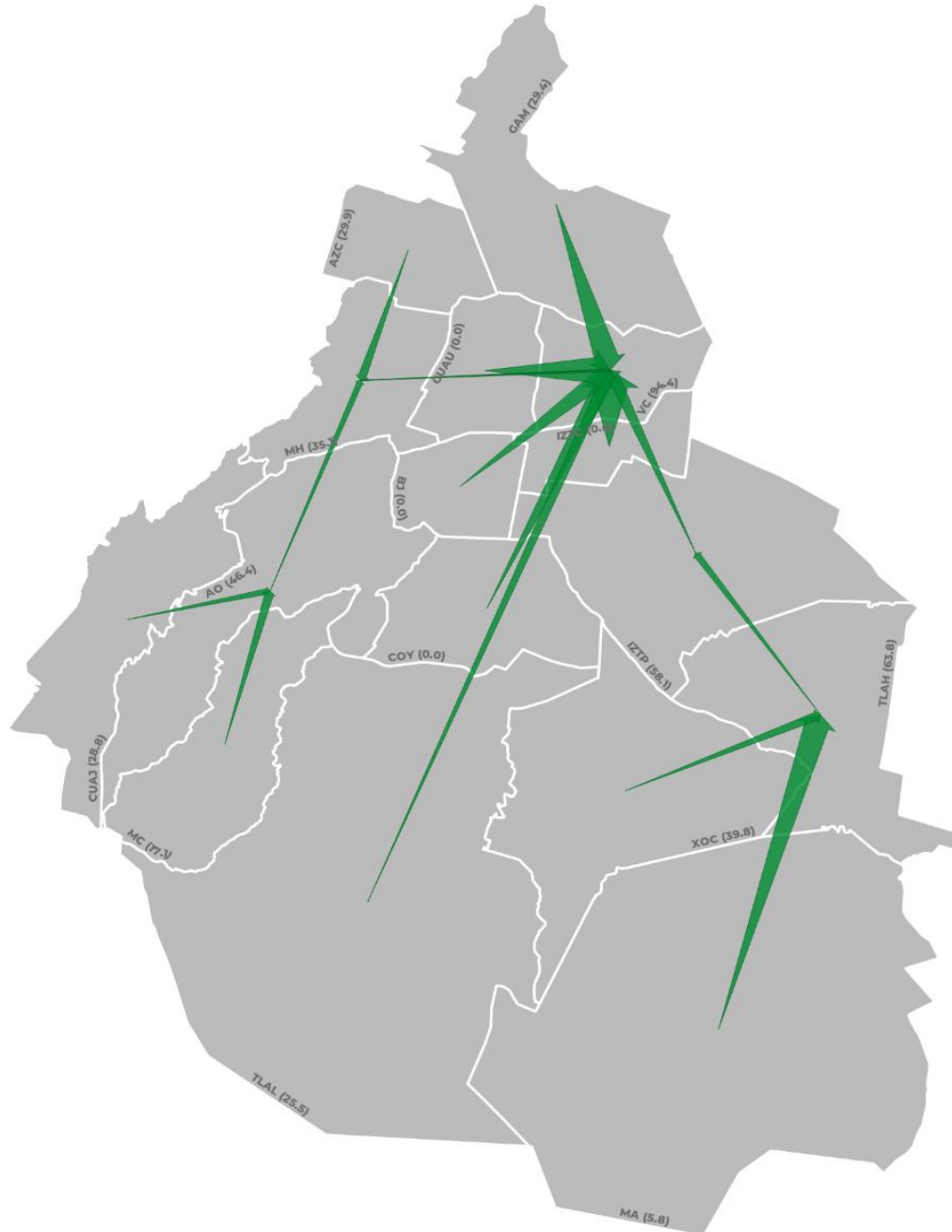
Cuauhtémoc, Benito Juárez e Iztacalco; incluso lo es para las habitantes de Coyoacán y de la alejada Tlalpan.

Mapa 1. Concentración de las ILE por alcaldía en las que se practican, 2016-2021



Nota: El tamaño de los círculos es proporcional a la cantidad de ILE que se practicaron en cada alcaldía. **Fuente:** DI Evalúa a partir de las bases de datos de ADIP, "Interrupción legal del embarazo", consultadas en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022 y del "Catálogo CLUES", para la ubicación de las unidades médicas por alcaldía, consultado en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html el 14 de octubre de 2021.

Mapa 2. Movilidad interna en el acceso a las ILE, 2016-2021



Nota: El tamaño de las flechas es proporcional a la cantidad de ILE de la alcaldía practicadas a residentes de la alcaldía de origen en la de destino. Las cifras entre paréntesis equivalen al porcentaje de ILE practicadas en cada alcaldía a residentes de ésta. **Fuente:** DI Evalúa a partir de las bases de datos de ADIP, "Interrupción legal del embarazo", consultadas en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022 y del "Catálogo CLUES", para la ubicación de las unidades médicas por alcaldía, consultado en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html el 14 de octubre de 2021.

Acceso de las niñas a ILE

Tal y como se ha comentado en el apartado anterior, la información publicada en la *Agenda estadística de salud* de la SEDESA y en las bases de datos de la ADIP permite realizar un examen socio demográfico de las personas que han interrumpido un embarazo en la Ciudad de México. Con el propósito de conocer las variaciones en la magnitud y en el perfil de una población que requiere especial atención —las mujeres menores de 18 años que se practican una ILE— por las implicaciones de una gestación a temprana edad, en esta sección se analizan los resultados correspondientes al periodo 2009-2021.¹⁸ Teniendo en cuenta que el diagnóstico de las características socio económicas sólo es posible empleando las bases de datos de la ADIP, la temporalidad de este examen se acota al periodo 2016-2021.

Entre 2007 y 2021, según información de ambas fuentes, se practicaron en la Ciudad de México 14,197 ILE a niñas (mujeres menores de 18 años). Entre 2016 y 2021 se registraron 3,850 interrupciones legales de embarazos a menores de 18 años, que representaron el 4.8% de todas las ILE practicadas en la Ciudad durante esos años (base de datos “Interrupción legal del embarazo”, ADIP-SEDESA). De los abortos efectuados a la población infantil (2016-2021), 2,471 (64.2%) correspondieron a habitantes de la Ciudad de México y el resto —1,379 (35.8%)— a niñas procedentes de otras entidades del país, principalmente del Estado de México (1,229). A partir de los datos mostrados en el CUADRO 3 se puede concluir que la proporción de ILE practicadas a mujeres menores de 18 años que residen en la capital mexicana se ha mantenido constante entre 2016 y 2021. Asimismo, la información de este cuadro permite afirmar que los abortos realizados a niñas se concentran entre quienes carecen de afiliación a servicios médicos, una categoría que ha ido en aumento entre 2016 (56.9%) y 2020 (73.9%), y que en 2021 presenta una disminución respecto de los años previos (49.8%).

¹⁸ En la versión 2008 de la *Agenda estadística de salud* se concentró la información de las ILE practicadas en niñas durante ese año y el anterior, por lo que no es posible saber cuántas corresponden a cada fecha de manera separada. Dada esta limitación, se eligió 2009 como el primer año de las series que se presentan a continuación.

Cuadro 3. Indicadores socio demográficos y económicos de las niñas que se practicaron una ILE en la Ciudad de México entre 2016 y 2021

Año	ILE ¹	Derechohabiencia ²	Entidad de residencia	Rango de edad	Condición de actividad	Estado civil
2016	935 (5.1%)	Ninguna (56.9%)	Ciudad de México (63.9%)	11 a 17	Estudiante: 75.3 Empleada: 5.9% TH no remunerada: 16.5% Desempleada: 0.7% NE: 1.5%	Soltera (89.4%) Unión libre (9.1%)
2017	883 (5.0%)	Ninguna (56.1%)	Ciudad de México (63.4%)	11 a 17	Estudiante: 74.1% Empleada: 7.2% TH no remunerada: 16.8% Desempleada: 0.0% NE: 1.6%	Soltera (88.4%) Unión libre (10.5%)
2018	853 (4.9%)	Ninguna (57.0%)	Ciudad de México (64.9%)	12 a 17	Estudiante: 78.3% Empleada: 0.4% TH no remunerada: 16.8% Desempleada: 2.9% NE: 1.3%	Soltera (89.0%) Unión libre (9.9%)
2019	709 (4.7%)	Ninguna (60.5%)	Ciudad de México (63.7%)	11 a 17	Estudiante: 75.1% Empleada: 6.0% TH no remunerada: 16.8% Desempleada: 2.8% NE: 3.5%	Soltera (92.1%) Unión libre (7.6%)
2020	470 (4.2%)	Ninguna (73.9%)	Ciudad de México (65.9%)	12 a 17	Estudiante: 90.5% Empleada: 4.1% TH no remunerada: 0.0% Desempleada: 3.1% NE: 2.1%	Soltera (90.2%) Unión libre (8.4%)
2021	446 (3.6%)	Ninguna (49.8%)	Ciudad de México (63.9%)	12 a 17	Estudiante: 87.9% Empleada: 6.3% TH no remunerada: 1.1% Desempleada: 3.1% NE: 1.6%	Soltera (92.9%) Unión libre (6.6%)

Notas: Es importante mencionar que si bien la unidad de análisis de la información mostrada en este cuadro son las ILE, las características corresponden a las niñas, y no se puede descartar que una misma niña se haya sometido a más de un aborto durante el periodo analizado. ¹ Porcentaje de ILE realizadas a niñas respecto de todas las ILE practicadas en la Ciudad. ² Se presentan los resultados para las opciones más frecuentes de cada variable. La segunda categoría más frecuente de la variable 'derechohabiencia' corresponde a las niñas que no especifican su afiliación a algún tipo de seguro médico. En la variable 'condición de actividad', TH no remunerada corresponde a trabajadora del hogar no remunerada, o persona dedicada a los quehaceres del hogar; NE corresponde a condición no especificada. **Fuente:** DI Evalúa a partir de la base de datos "Interrupción legal del embarazo", consultada y descargada en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 7 de mayo de 2021.

En cuanto a la edad de la población referida, en los seis años analizados no ha habido variaciones significativas en la media, mediana y rango. Las niñas a las que se ha practicado una ILE entre 2016 y 2021 tienen, en promedio, cerca de 16 años, valor que corresponde también a la mediana. En el



rango se observa un ligero aumento de 1 año en el extremo inferior (de 11 a 12) en años recientes (2020 y 2021), si bien ello no permite hablar de un incremento sostenido en la edad mínima de las niñas que interrumpen su embarazo en la Ciudad. Además de la edad, entre la población infantil que acude a una unidad médica con el propósito de realizarse un aborto es importante conocer su condición de actividad, dado que se trata de un grupo etario que, de acuerdo con la normatividad vigente, debería estar estudiando. Los resultados disponibles muestran que a lo largo de estos seis años se aprecia una tendencia ascendente en el porcentaje de estudiantes (75.3 en 2016 y 87.9% en 2021, con un máximo de 90.5% en 2020), mientras las otras categorías presentan variaciones algo erráticas.

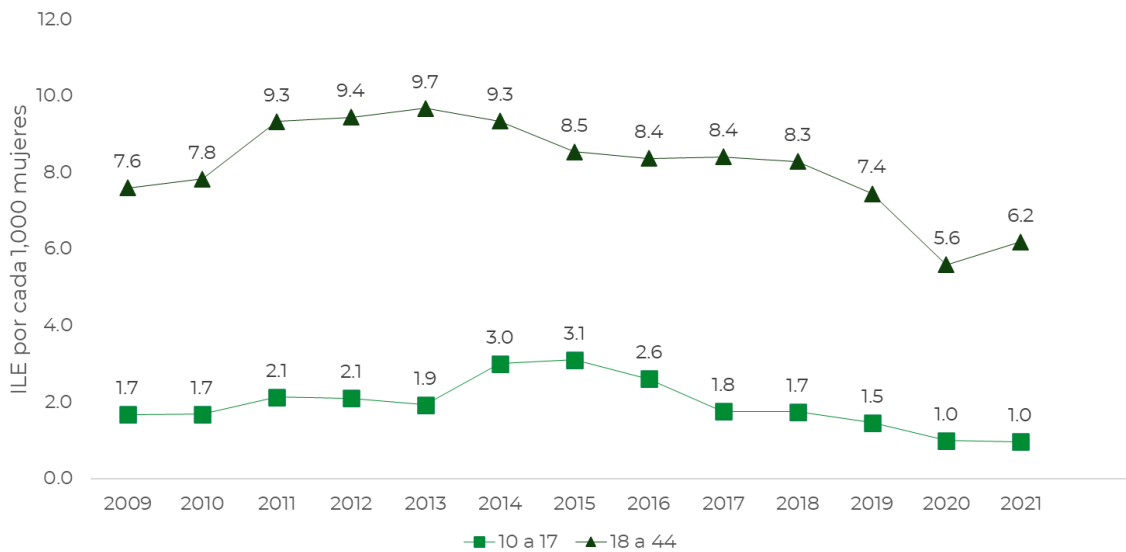
Asimismo, la información del CUADRO 3 pone de manifiesto la elevada probabilidad de que las niñas a las que se practica una ILE en la capital de la República sean solteras (en porcentajes cercanos al 90% cada año). Sin embargo, una parte de ellas (que varía entre el 7.6% de 2019 y el 10.5% de 2017) declara vivir en unión libre, lo que plantea la necesidad de reflexionar sobre las circunstancias familiares en las que se atienden estas solicitudes. De acuerdo con los requisitos señalados por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México,¹⁹ las niñas residentes en la Ciudad, migrantes nacionales o naturalizadas que deseen realizarse una ILE deberán ir acompañadas por “padre, madre o tutor”.

En el caso de que sean niñas migrantes extranjeras se señala que, si no cuentan con documentos de identidad o no acuden a la unidad médica acompañadas por el padre, madre, tutor o representante legal, deberán dirigirse al personal del servicio del centro de salud. Por el contrario, ciertas clínicas privadas sólo establecen como requisito la presencia de una persona adulta acompañando a la niña, sin que sea necesario acreditar la tutela o patria potestad sobre ésta. Como puede observarse, los requerimientos varían de manera significativa entre unidades públicas y privadas, lo que podría explicar posibles diferencias en el número de ILE practicadas a niñas entre ambos tipos de establecimientos, si se contara con datos de

¹⁹ Publicados en <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/requisitos-interrupcion-legal-embarazo-df/> (consulta realizada el 8 de marzo de 2022).

los abortos practicados en establecimientos privados capitalinos. Dado que la base de la ADIP se construye a partir de los registros disponibles en centros públicos, el análisis que se presenta en este apartado omite (y probablemente subestima) el número de interrupciones efectuadas a la población infantil en la Ciudad de México.

Gráfica 8. Tasa de ILE practicadas en la Ciudad de México, por cada 1,000 mujeres entre 10 a 17, y 18 a 44 años residentes en la capital, 2016-2021



Fuente: DI Evalúa. El numerador de la tasa se tomó de las ediciones 2009-2019 de la *Agenda estadística de salud* de SEDESA para ese periodo; y de las bases de datos de ADIP, “Interrupción legal del embarazo”, para 2020 y 2021, consultadas en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022. Los datos poblacionales se tomaron del número de mujeres entre 15 y 44 años que el CONAPO reporta en sus proyecciones de población a mitad de año, recuperados en https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050/resource/3afa5f3b-40e6-4957-9a93-d3ce8286f657?inner_span=True el 8 de agosto de 2022.

Resulta interesante ver las tendencias de las ILE respecto del número de niñas, ya que esta relación numérica da cuenta de la probabilidad de las interrupciones en los embarazos entre la población femenina infantil. Nótese, en la GRÁFICA 8, que la tasa de ILE por cada 1,000 niñas entre 10 y 17 años mostró una tendencia ascendente entre 2009 y 2015, al pasar de 1.7 a

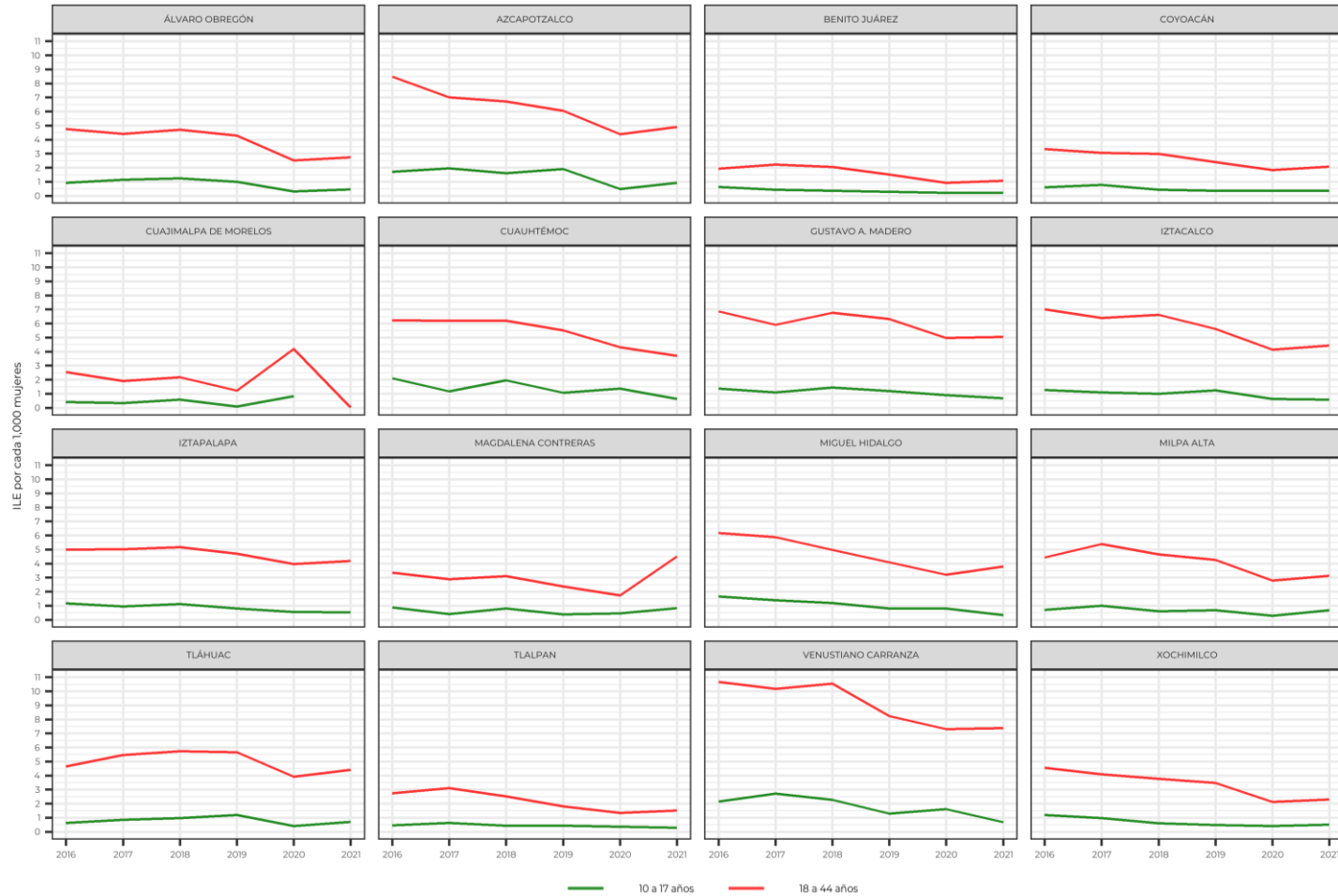


3.1.²⁰ En el periodo posterior a esta fecha el valor de este indicador disminuyó, hasta llegar a una ILE por cada 1,000 mujeres entre 10 y 17 años, tanto en 2020 como en 2021. Al comparar estas tasas entre las mujeres menores de 18 años, y las mayores de 18 años en edad reproductiva, son notables tres resultados. El primero se refiere a su valor, que es mucho mayor en la segunda población que en la primera. El segundo corresponde al tamaño de la brecha en este indicador entre ambas poblaciones, que aumentó entre 2009 y 2013 como resultado del incremento de la tasa entre la población femenina adulta. El tercer resultado equivale a la variación interanual promedio en la tasa de ILE por cada 1,000 niñas entre 10 y 17 años de 2009 a 2021, que fue de -4.5%. A lo largo de este periodo, la variación media interanual de esta tasa para las mujeres entre 18 años y 44 años fue de -1.7%. Por consiguiente, aun cuando en la Ciudad de México se ha reducido el número de ILE practicadas en relación con el tamaño de su población femenina, el ritmo de disminución ha sido mayor entre las niñas que entre las mujeres adultas en edad fértil.

El análisis por alcaldía de residencia (FIGURA 6) permite apreciar que las mayores tasas corresponden a Venustiano Carranza (entre 2 y 3 abortos por cada 1,000 niñas entre 10 y 17 años, de 2016 a 2018) y las menores a Benito Juárez (menos de 1 ILE por cada 1,000 mujeres en ese rango de edad). Además, en la misma FIGURA 6 es claro que la probabilidad de practicarse una ILE es más elevada entre las mujeres con 18 a 44 años en comparación con las menores de esa edad, sin importar el corte temporal que se observe ni la demarcación.

²⁰ Se toman los 10 años como límite inferior debido a que ésta es la edad mínima para la que existen registros de nacimientos entre 2016 y 2020 en las bases de datos de SINAC.

Figura 6. Tasa de ILE practicadas por alcaldía, por cada 1,000 mujeres entre 10 a 17, y 18 a 44 años, 2016-2021



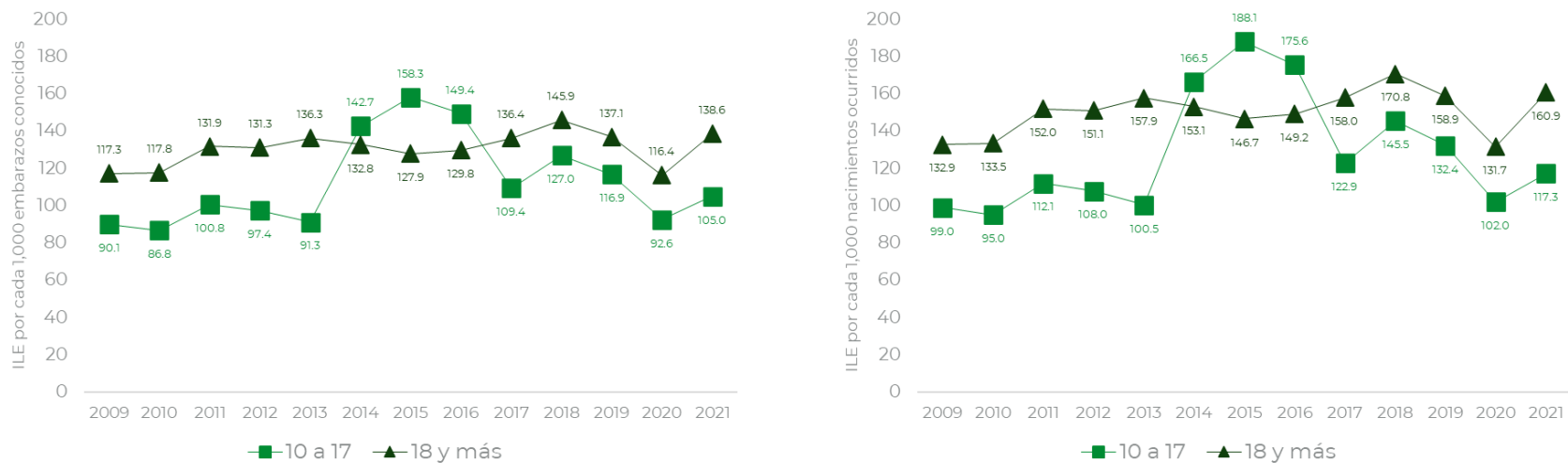
Fuente: DI Evalúa. El numerador de la tasa se tomó de las bases de datos de ADIP, "Interrupción legal del embarazo", consultado en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022. Los datos poblacionales para el periodo 2016-2018 se tomaron de los microdatos de la Encuesta Intercensal 2015 y los del periodo 2019-2021 de los correspondientes al Censo de Población y Vivienda 2020, ambos de INEGI. Ello se debe a que las proyecciones de población del CONAPO no ofrecen datos por edades individuales para cada alcaldía. Los datos para cada tasa pueden ser consultados en los cuadros A.2 y A.3 (Anexo 1). En el cálculo sólo se considera la información referente a mujeres residentes en la Ciudad de México.



Como se mencionó en párrafos anteriores, otra forma de medir la frecuencia de los abortos es poner en relación este número con los nacimientos ocurridos o con los embarazos conocidos. En la FIGURA 7 se puede observar que las tasas de interrupciones por cada 1,000 embarazos conocidos y por cada 1,000 nacimientos ocurridos siguen las mismas tendencias entre ambos grupos etarios (10 a 17, y 18 a 44 años), exceptuando el periodo 2014-2017, cuando las ILE entre la población menor de 18 años parece que fueron particularmente numerosas. El número de abortos por cada 1,000 embarazos conocidos muestra una tendencia ascendente, de magnitud muy similar entre ambas poblaciones, pues la tasa media de crecimiento interanual entre menores de 18 años fue de 1.3%, mientras en el otro grupo poblacional equivalió a 1.4%. La tasa media de crecimiento oculta las variaciones interanuales, las cuales han oscilado en magnitud y signo, especialmente entre las mujeres menores de 18 años.

Además, entre 2019 y 2020 se aprecia una caída en el valor de estas tasas que es significativamente más elevada entre las niñas. Así, en el penúltimo bienio de la serie, el número de ILE por cada 1,000 embarazos conocidos entre las niñas experimentó una caída del 20.8% (frente al 15.1% de las mujeres en edad fértil mayores de 18 años). No obstante, debe recordarse que la cantidad de ILE acaecidas en 2020 puede estar sub reportada, debido a que la presencia del virus SARS-CoV-2 (ya sea por el riesgo al contagio o la posible reducción de espacios médicos disponibles) puede haber provocado que algunas mujeres interrumpieran sus embarazos en clínicas privadas; con asistencia de amistades, familiares u organizaciones de la sociedad civil; por propia cuenta o de otras maneras que no implican hacerlo en establecimientos públicos. Debido al probable subreporte de ILE en 2020, es posible que las tasas en dicho año sean mayores. Además, entre 2020 y 2021, las tasas de ambos grupos de edad experimentaron un aumento significativo, siendo más alto entre la población adulta y fértil (19.1%) que entre las mujeres de 10 a 17 años (13.4%).

Figura 7. Tasa de ILE por cada 1,000 embarazos conocidos y por cada 1,000 nacimientos ocurridos según grupo de edad, 2009-2021



Nota: El número de embarazos conocidos es la suma de las ILE y los nacimientos reportados en SINAC. **Fuente:** DI Evalúa. Los datos de las ILE de 2009 a 2019 se tomaron de la *Agenda estadística de salud* de SEDESA; los de las ILE de 2020 y 2021 de las bases de datos “Interrupción legal del embarazo”, descargadas en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022; los de los nacimientos ocurridos se tomaron de las bases de datos sobre nacimientos registrados en hospitales de la Secretaría de Salud, descargadas de “Nacimientos. Datos abiertos”, consultadas en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 1o de octubre de 2021, salvo la de 2021, que se descargó el 5 de agosto de 2022.



Es importante destacar que estas tasas (al igual que la correspondiente al número de ILE por cada 1,000 mujeres) habitualmente han sido mayores entre las mujeres en edad reproductiva con 18 años o más que entre las niñas. Las únicas excepciones se presentan en 2014, 2015 y 2016, cuando la población entre 10 y 17 años mostró tasas más altas que las del resto de la población femenina en edad fértil, como se puede apreciar claramente en la FIGURA 7. La mayor brecha favorable para la población adulta, para el caso de las ILE por cada 1,000 embarazos conocidos, se presentó en 2013, año en el que la diferencia fue de 45 ILE por cada 1,000 embarazos conocidos. En ese mismo periodo se observa también la mayor distancia entre grupos etarios en las ILE por cada 1,000 nacimientos ocurridos, dado que entre las mujeres con 18 o más años su valor fue 158, mientras entre las niñas se situó en 100 (58 ILE por cada 1,000 nacimientos ocurridos más en el primer caso).

La FIGURA 8 da cuenta de las diferencias que existen entre las alcaldías de la Ciudad de México en cuanto a las ILE practicadas a su población, pues es claro que hay demarcaciones donde la tasa de ILE por cada 1,000 nacimientos ocurridos es superior entre la población femenina infantil que entre la adulta. Éstos son los casos de Benito Juárez y Miguel Hidalgo (exceptuando 2021 para esta última demarcación); de Azcapotzalco y Cuauhtémoc (en la mitad de los años mostrados); y de algunas fechas en Álvaro Obregón, Coyoacán, Cuajimalpa, Tlalpan y Venustiano Carranza. En el resto de las demarcaciones —Gustavo A. Madero, Iztacalco, Iztapalapa, la Magdalena Contreras, Milpa Alta, Tláhuac y Xochimilco— la tendencia es que las tasas de las mujeres mayores de 18 años sean más grandes que las de las niñas.

Otro patrón interesante es el hecho de que en la mayoría de las alcaldías (12 de 16) se presentó una caída en la tasa de ILE por cada 1,000 nacimientos ocurridos entre 2019 y 2020 (tanto entre mujeres adultas como niñas), posiblemente como un efecto de las restricciones sociales a causa de la Covid-19. No obstante, en un elevado número de demarcaciones (10 de 16) en 2021 se registró un incremento en el valor de esta tasa en ambos grupos poblacionales. Sólo entre las niñas de Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Mi-



guel Hidalgo y Venustiano Carranza hubo menos ILE por cada 1,000 nacimientos en 2021 que en 2020, lo cual significa que éstas mostraron un comportamiento diferente al patrón general. En este sentido también estuvieron las mujeres adultas de Cuauhtémoc y Cuajimalpa de Morelos. No obstante, los resultados de esta última demarcación deben tomarse con cuidado, dado que en la base de datos de la ADIP sólo se consignó, en 2021, una ILE practicada a una residente de esta alcaldía (la cual, según la misma fuente, acudió a una clínica en Tláhuac para interrumpir su embarazo).

Figura 8. ILE por cada 1,000 nacimientos ocurridos según grupos de edad y alcaldía, 2016-2021



Fuente: DI Evalúa. Los datos de las ILE se tomaron de las bases de datos de ADIP, “Interrupción legal del embarazo”, descargadas en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022; los de los nacimientos ocurridos se tomaron de las bases de datos sobre nacimientos registrados en hospitales de la Secretaría de Salud, descargadas de “Nacimientos. Datos abiertos”, consultadas en http://www.dgjs.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 1o de octubre de 2021, salvo la de 2021, que se descargó el 5 de agosto de 2022. Los datos para cada tasa pueden ser consultados en los cuadros A.4 y A.5 (Anexo 1). En el cálculo sólo se considera la información referente a mujeres residentes en la Ciudad de México.



Las diferencias que presentan las alcaldías en las tasas de abortos por cada 1,000 nacimientos vivos registrados (o su similar, por cada 1,000 embarazos conocidos), como las que surgen al comparar mujeres con diversas características socio económicas y culturales, pueden deberse a diferentes factores explicativos. Según investigaciones especializadas, entre las razones asociadas con la decisión de terminar prematuramente un embarazo se encuentran la poca viabilidad económica y de tiempo con que se cuenta para criar a un hijo o hija, los problemas que pueda haber en la pareja, la preferencia hacia el estudio o el trabajo al momento del embarazo, y posibles malformaciones del feto.²¹ Las bases de datos sobre ILE que publican la ADIP y la SEDESA sólo incluyen algunas variables socio económicas, por lo que en este documento es difícil realizar un análisis muy detallado respecto de los factores asociados con las diferencias que presentan estas tasas entre las alcaldías, o entre otras categorías que podrían contribuir al examen de la desigualdad.

Es importante analizar la información mostrada en la FIGURA 8 en relación con las tasas de nacimientos vivos registrados entre las niñas (FIGURA 9). En los años recientes, los nacimientos de madres entre 10 y 17 años residentes en la Ciudad de México han ido disminuyendo en número (CUADRO 4), especialmente entre 2017-2018 y 2020-2021 (en ambos bienios, la tasa de variación fue mayor a 17%). La mayor parte de los nacimientos, como es claro apreciar a partir de la información del CUADRO 4, correspondieron a niñas de 16 y 17 años.

La distribución de las alcaldías considerando de manera conjunta la tasa de nacimientos por cada 1,000 niñas, y la tasa de ILE por cada 1,000 embarazos conocidos entre la población menor de 18 años (FIGURA 9), permite identificar marcadas diferencias socio territoriales. En primer lugar destaca Milpa Alta, que presenta las más elevadas tasas de nacimientos por cada 1,000 niñas de todas las demarcaciones (25 en 2016, 23 en 2017, 20 en

²¹ Al respecto puede verse M. Brauer *et al.*, "Understanding decision-making and decision difficulty in women with an unintended pregnancy in the Netherlands", *Qualitative Health Research*, 2018 (29), pp. 1084-1095; L. B. Finer *et al.*, "Reasons U.S. women have abortions: quantitative and qualitative perspectives", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2005 (37), pp. 110-118; y F. Juárez y Á. M. Bayer, "'Without a plan' but 'keeping on track': views on contraception, pregnancy and abortion in Mexico City", *Global Public Health*, 2011 (6), pp. S90-S110.

2018, 18 en 2019 y 2020, y 13 en 2021) y, a su vez, la tasa más baja de ILE por cada 1,000 embarazos conocidos entre las niñas (27, 42, 29, 36, 16 y 49, en sendos años). Es decir, en términos comparativos, en dicha demarcación la probabilidad de embarazo entre la población infantil es muy elevada, y muy reducida la probabilidad de que haya ILE entre las niñas.

Cuadro 4. Número de nacimientos en niñas residentes en la Ciudad de México, según edad de la madre y año, 2016-2021

Edad	2016	2017	2018	2019	2020	2021
10	0	0	1	2	4	2
11	2	1	2	1	6	5
12	6	12	9	9	6	11
13	64	55	37	41	37	38
14	331	324	250	204	180	201
15	1,065	998	827	762	633	570
16	2,483	2,283	1,886	1,737	1,457	1,181
17	3,635	3,480	2,884	2,562	2,285	1,794
Total	7,586	7,153	5,896	5,318	4,608	3,802

Fuente: DI Evalúa a partir de las bases de datos sobre nacimientos registrados en hospitales de la Secretaría de Salud, descargadas de “Nacimientos. Datos abiertos”, consultadas en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 1° de octubre de 2021 (salvo la de 2021, que se descargó el 5 de agosto de 2022).

En segundo lugar, Benito Juárez sobresale como una demarcación con, relativamente, pocos nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 10 y 17 años (4 en 2016, 3 en 2017, 2 en 2018, 2 en 2019, 2 en 2020 y 1 en 2021, con una tendencia claramente descendente) y una elevada probabilidad de que las mujeres de este rango etario decidan terminar un embarazo de manera prematura, pues sus tasas de ILE por cada 1,000 nacimientos en el mismo rango etario fueron altas (177, 133, 156, 148, 136 y 150, en cada año). Es contrastante la brecha que existe entre esta alcaldía y Milpa Alta, donde los valores de ambos indicadores son altamente disímiles.

En tercer lugar, en ciertas zonas —como Venustiano Carranza, Azcapotzalco y Miguel Hidalgo— se suele registrar un número similar al agregado capitalino de nacimientos entre mujeres de 10 a 17 años y muchas ILE por cada 1,000 nacimientos de madres en ese rango de edad. En estas tres alcaldías —como parece ser también en el resto de las demarcaciones de la Ciudad— es posible ver que la tasa de nacimientos entre las niñas ha ido disminuyendo sostenidamente en los últimos seis años.

Figura 9. Distribución de las alcaldías según ILE por cada 1,000 nacimientos ocurridos en menores de 18 años, y nacimientos vivos registrados por cada 1,000 mujeres entre 10 y 17 años, Ciudad de México 2016-2021

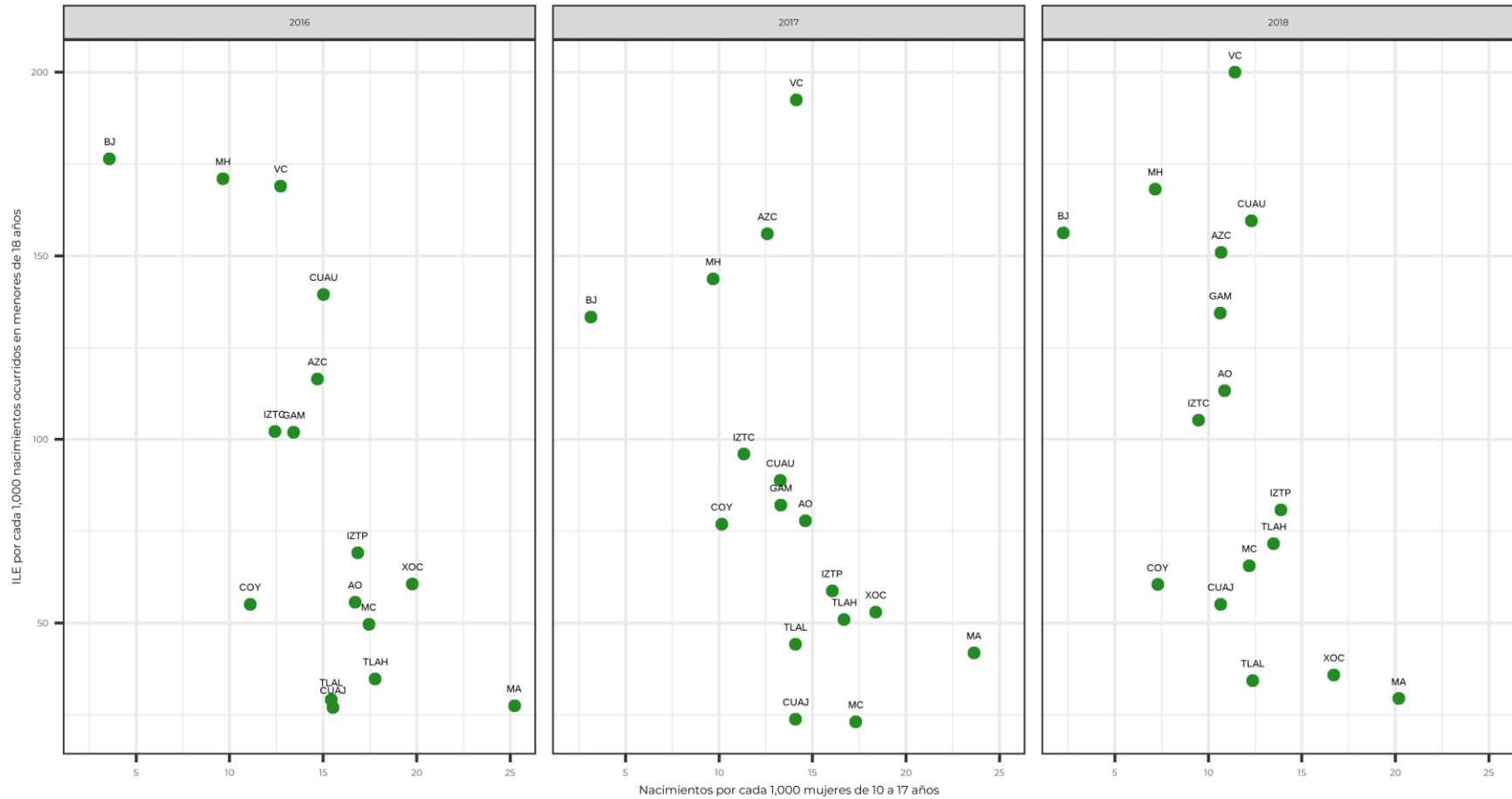
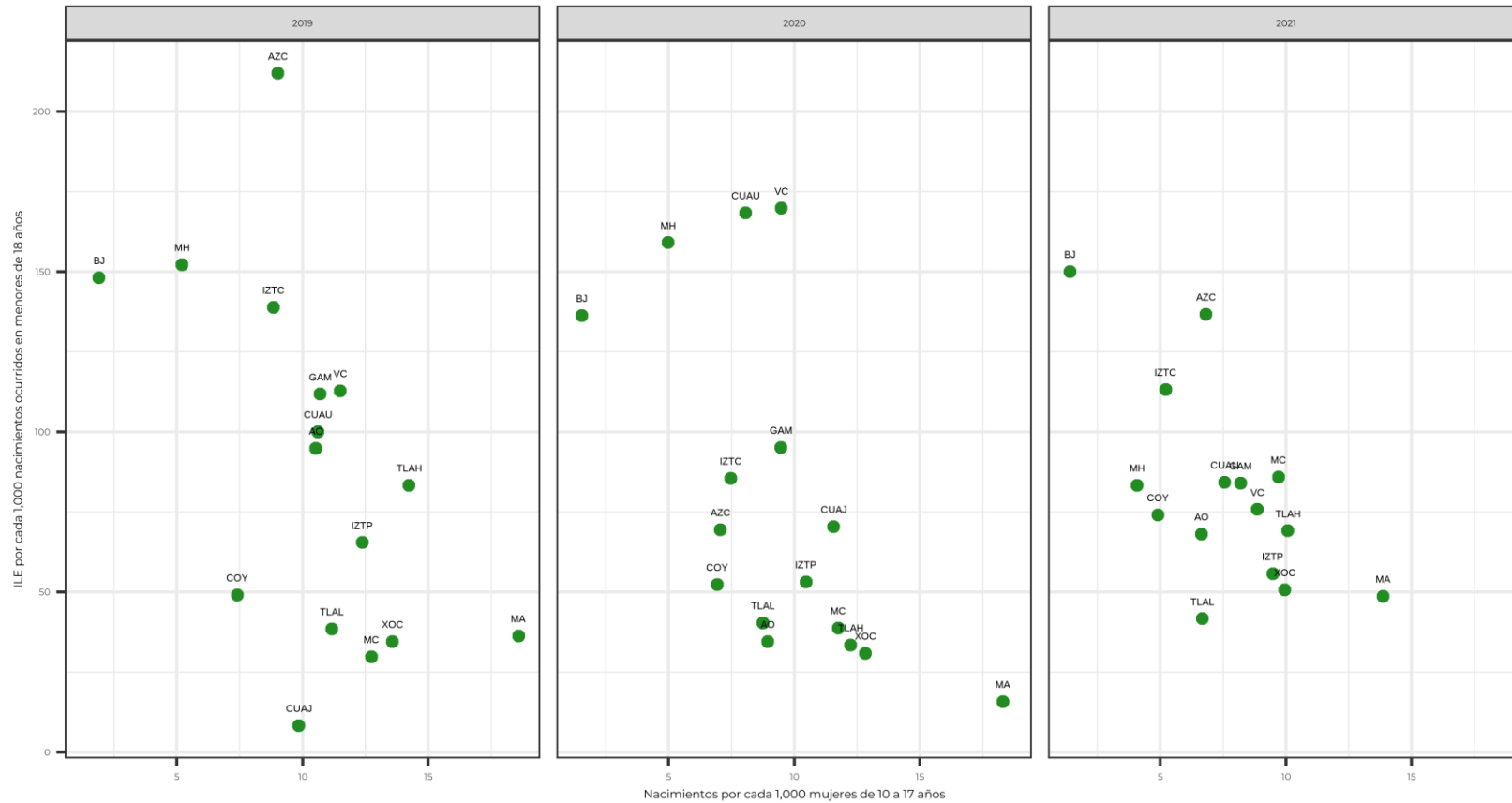


Figura 9 (continuación)



Fuente: DI Evalúa. Los datos de las ILE se tomaron de las bases de datos de la ADIP, "Interrupción legal del embarazo", descargadas de <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022; los de los nacimientos ocurridos se tomaron de las bases de datos sobre nacimientos registrados en hospitales de la Secretaría de Salud, descargadas de "Nacimientos. Datos abiertos", consultadas en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 1º de octubre de 2021 (salvo la de 2021, que se descargó el 5 de agosto de 2022). Los datos poblacionales para el periodo 2016-2018 se tomaron de los microdatos de la Encuesta Intercensal 2015 y los del periodo 2019-2021 de los correspondientes al Censo de Población y Vivienda 2020, ambos de INEGI. Ello se debe a que las proyecciones de población del CONAPO no ofrecen datos por edades individuales para cada alcaldía. Los datos para cada tasa pueden ser consultados en los cuadros A.4 y A.6 (Anexo 1). En el cálculo sólo se considera la información referente a mujeres residentes en la Ciudad de México.



Como se ha venido diciendo a lo largo de este apartado, es posible que haya subregistro en el número de ILE efectuadas a las niñas, dado que no se cuenta con información de los procedimientos realizados en clínicas privadas de la Ciudad, con acompañamiento de organizaciones de la sociedad civil o sin seguimiento médico, por lo cual es posible que el número real de abortos efectuados a la población infantil sea más alto que el aquí mostrado.²² Las brechas que emergen entre demarcaciones al comparar las diversas tasas analizadas invitan a formular numerosas preguntas que es difícil responder a partir de la información disponible. Sin duda, un análisis más profundo debería incluir el examen sobre los requisitos solicitados en unidades médicas públicas y privadas de la Ciudad para la realización de una ILE, y de qué manera las diferencias entre los requerimientos planteados a niñas residentes o no en la capital del país, migrantes nacionales o extranjeras, naturalizadas o no, pueden tener consecuencias en el acceso a estos servicios en el marco del interés superior de la niñez.²³

²² “De acuerdo con CONAPO, el embarazo adolescente continúa representando un problema de salud nacional, ya que derivado de la pandemia hubo reducción de servicios de anticoncepción, por lo que entre 2020 y 2021 se calculan 21,575 embarazos adicionales en jóvenes de 19 años o menos, cifra que implica un aumento de 12% respecto a 2019” en INJUVE (2021), “Injuve y Marie Stopes apoyan la Interrupción Segura del Embarazo”, 7 de septiembre, disponible en <https://www.injuve.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/injuve-y-marie-stopes-apoyan-interrupcion-segura-del-embarazo> (consultado el 22 de marzo de 2022).

²³ Es importante mencionar que la Secretaría de Salud de la Ciudad de México publica distintos requerimientos según la dirección electrónica consultada. En un caso (<https://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/ile>; consultada el 22 de marzo de 2022) se establecen requisitos generales para población adulta e infantil que solicite la ILE, si bien éstos difieren entre mujeres residentes en la Ciudad y en otros estados. En otro caso (<http://ile.salud.cdmx.gob.mx/requisitos-interrupcion-legal-embarazo-df/>; consultada el 22 de marzo de 2022) se señalan criterios distintos para niñas residentes en la Ciudad y niñas migrantes (incluso si éstas son nacionales, naturalizadas o extranjeras).



Referencias bibliográficas y fuentes de información

Brauer M. *et al.*, “Understanding decision-making and decision difficulty in women with an unintended pregnancy in the Netherlands”, *Qualitative Health Research*, 2018 (29), pp. 1084-1095.

Finer L.B. *et al.*, “Reasons U.S. women have abortions: quantitative and qualitative perspectives”, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2005 (37), pp. 110-118.

Gobierno de la Ciudad de México, “Interrupción legal del embarazo”, consultado en <https://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/ile> el 22 de marzo de 2022

_____ “Requisitos para solicitar la interrupción legal del embarazo”, consultado en <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/requisitos-interrupcion-legal-embarazo-df/> el 22 de marzo de 2022.

INEGI, *Estadística de nacimientos. Marco metodológico*, México, 2015.

INJUVE, “Injuve y Marie Stopes apoyan la Interrupción Segura del Embarazo”, 7 de septiembre, consultado en: <https://www.injuve.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/injuve-y-marie-stopes-apoyan-interrupcion-segura-del-embarazo>, el 22 de marzo de 2022.

International Campaign for Women’s Right Safe Abortion, “What is International Safe Abortion Day?”, consultado en: <https://www.safeabortionwomensright.org/what-is-international-safe-abortion-day/> el 8 de septiembre de 2022.

Ipas México, “Resumen de los regímenes recomendados para el aborto con medicamentos”, 9 de enero de 2021, consultado en: <https://www.ipas.org/clinical-update/spanish/recomendaciones-generales/resumen-de-los-regimenes-recomendados-para-el-aborto-con-medicamentos/> el 20 de octubre de 2021.

Juárez F. y Bayer Á. M., “‘Without a plan’ but ‘keeping on track’: views on contraception, pregnancy and abortion in Mexico City”, *Global Public Health*, 2011 (6), pp. S90-S110.

Murillo E., “Histórico: la SCJN despenaliza en todo el país el aborto”, *La Jornada*, México, 8 de septiembre de 2021 (sec. Política), p. 7.

Ojeda N., Gavilanes M. C. y González E., “El aborto inducido de las mexicanas en el contexto transfronterizo México-Estados Unidos”, *Papeles de población*, 2003 (núm. 38), pp. 213-251.

OMS, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, segunda edición, Montevideo, 2012, p. iv.

_____ *Informe de la OMS sobre género y salud*, 13 de noviembre de 2009, consultado en: <https://www.paho.org/es/noticias/13-11-2009-informe-oms-sobre-genero-salud> el 18 de octubre de 2021.

_____ *Medical methods for termination of pregnancy. Report of a WHO Scientific Group*, Ginebra, 1997, pp. 9-10.

_____ *Reproductive Health Indicators. Guidelines for the generation, interpretation and analysis for global monitoring*, OMS, Ginebra, 2006, p. 41. Según aclara la OMS, también es usual recortar el límite de este intervalo a 44 años.



S/r, “Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud”, en *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 26 de abril de 2007, pp. 2 y 3.

S/r, *Declaración de San Bernardo*, 22 de noviembre de 1990.

Secretaría de Salud, *Metodología para generar el indicadores [sic] de la calidad de la Información del SINAC y SEED*, México, s/r.

Bases de datos e informes

ADIP, “Interrupción legal del embarazo (2016-2018)”, consultado en: <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022.

_____ “Interrupción legal del embarazo (2019-2020)”, consultado en: <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022.

CONAPO, “Población a mitad de año”, consultado en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050/resource/90bd3c5e-4a2a-4076-ab04-00ee24864d85> el 8 de agosto de 2022.

INEGI, “Censo de Población y Vivienda 2010”, consultado en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Microdatos> el 5 de noviembre de 2021.

_____ “Censo de Población y Vivienda 2020”, consultado en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Microdatos> el 5 de noviembre de 2021.

_____ “Encuesta Intercensal 2015”, consultado en: <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/#Microdatos> el 5 de noviembre de 2021.

_____ “Nacimientos registrados. 2007”, consultado en: <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/#Microdatos> el 9 de agosto de 2022.

_____ “Nacimientos registrados. 2008”, consultado en: <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/#Microdatos> el 9 de agosto de 2022.

_____ “Nacimientos registrados. 2009”, consultado en: <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/#Microdatos> el 9 de agosto de 2022.

_____ “Nacimientos registrados. 2010”, consultado en: <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/#Microdatos> el 9 de agosto de 2022.

_____ “Nacimientos registrados. 2011”, consultado en: <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/#Microdatos> el 9 de agosto de 2022.

_____ “Nacimientos registrados. 2012”, consultado en: <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/#Microdatos> el 9 de agosto de 2022.

_____ “Nacimientos registrados. 2013”, consultado en: <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/#Microdatos> el 9 de agosto de 2022.

_____ “Nacimientos registrados. 2014”, consultado en: <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/#Microdatos> el 9 de agosto de 2022.

_____ “Nacimientos registrados. 2015”, consultado en: <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/#Microdatos> el 9 de agosto de 2022.

_____ “Nacimientos registrados. 2016”, consultado en: <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/#Microdatos> el 9 de agosto de 2022.



_____ “Nacimientos registrados. 2017”, consultado en: <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/#Microdatos> el 9 de agosto de 2022.

_____ “Nacimientos registrados. 2018”, consultado en: <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/#Microdatos> el 9 de agosto de 2022.

_____ “Nacimientos registrados. 2019”, consultado en: <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/#Microdatos> el 9 de agosto de 2022.

_____ “Nacimientos registrados. 2020”, consultado en: <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/#Microdatos> el 9 de agosto de 2022.

SEDESA, *Agenda estadística de salud 2007*, Ciudad de México, 2008.

_____ *Agenda estadística de salud 2008*, Ciudad de México, 2009.

_____ *Agenda estadística de salud 2009*, Ciudad de México, 2010.

_____ *Agenda estadística de salud 2010*, Ciudad de México, 2011.

_____ *Agenda estadística de salud 2011*, Ciudad de México, 2012.

_____ *Agenda estadística de salud 2012*, Ciudad de México, 2013.

_____ *Agenda estadística de salud 2013*, Ciudad de México, 2014.

_____ *Agenda estadística de salud 2014*, Ciudad de México, 2015.

_____ *Agenda estadística de salud 2015*, Ciudad de México, 2016.

_____ *Agenda estadística de salud 2016*, Ciudad de México, 2017.

_____ *Agenda estadística de salud 2017*, Ciudad de México, 2018.

_____ *Agenda estadística de salud 2018*, Ciudad de México, 2019.

_____ *Agenda estadística de salud 2019*, Ciudad de México, 2020.

SSA, “Catálogo CLUES”, consultado en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html el 8 de agosto de 2022.

_____ “Registro de nacimientos 2008”, consultado en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 10 de octubre de 2021.

_____ “Registro de nacimientos 2009”, consultado en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 10 de octubre de 2021.

_____ “Registro de nacimientos 2010”, consultado en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 10 de octubre de 2021.

_____ “Registro de nacimientos 2011”, consultado en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 10 de octubre de 2021.

_____ “Registro de nacimientos 2012”, consultado en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 10 de octubre de 2021.



_____ “Registro de nacimientos 2013”, consultado en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 1o de octubre de 2021.

_____ “Registro de nacimientos 2014”, consultado en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 1o de octubre de 2021.

_____ “Registro de nacimientos 2015”, consultado en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 1o de octubre de 2021.

_____ “Registro de nacimientos 2016”, consultado en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 1o de octubre de 2021.

_____ “Registro de nacimientos 2017”, consultado en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 1o de octubre de 2021.

_____ “Registro de nacimientos 2018”, consultado en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 1o de octubre de 2021.

_____ “Registro de nacimientos 2019”, consultado en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 1o de octubre de 2021.

_____ “Registro de nacimientos 2020”, consultado en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 1o de octubre de 2021.

_____ “Registro de nacimientos 2021”, consultado en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 5 de agosto de 2021.

Anexo 1. CUADROS

Cuadro A.1 (GRÁFICA 6)

ILE practicadas en la Ciudad de México según entidad de residencia de la mujer				
Año	Ciudad de México	Estado de México	Otras entidades	Total
2007	4,179	540	80	4,799
2008	10,137	2,865	402	13,404
2009	12,221	3,780	474	16,475
2010	12,217	4,064	664	16,945
2011	14,395	5,186	738	20,319
2012	14,449	5,326	707	20,482
2013	14,923	5,175	667	20,765
2014	14,731	5,133	695	20,559
2015	12,792	5,284	775	18,851
2016	11,712	5,539	912	18,163
2017	11,178	5,586	831	17,595
2018	10,906	5,474	879	17,259
2019	9,480	4,858	835	15,173
2020	7,310	3,485	474	11,269
2021	7,835	4,027	433	12,295
Total	168,465	66,322	9,566	244,353

Fuentes: DI Evalúa. Los datos de las ILE de 2007 a 2010 se tomaron de *Agenda Estadística de Salud* de SEDESA (2010); los de 2011 a 2019 proceden de las ediciones anuales de esta misma Agenda; los de 2020 y 2021, de las bases de datos “Interrupción legal del embarazo”, consultada y descargada en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022.

Cuadro A.2 (FIGURA 6)

Tasa de ILE por cada 1,000 mujeres entre 10 y 17 años, según alcaldía y año						
Alcaldía	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Álvaro Obregón	0.9	1.1	1.2	1.0	0.3	0.5
Azcapotzalco	1.7	2.0	1.6	1.9	0.5	0.9
Benito Juárez	0.6	0.4	0.4	0.3	0.2	0.2
Coyoacán	0.6	0.8	0.4	0.4	0.4	0.4
Cuajimalpa	0.4	0.3	0.6	0.1	0.8	0.0
Cauhtémoc	2.1	1.2	2.0	1.1	1.4	0.6
Gustavo A. Madero	1.4	1.1	1.4	1.2	0.9	0.7
Iztacalco	1.3	1.1	1.0	1.2	0.6	0.6
Iztapalapa	1.2	0.9	1.1	0.8	0.6	0.5
Milpa Alta	0.7	1.0	0.6	0.7	0.3	0.7
Magdalena Contreras	0.9	0.4	0.8	0.4	0.5	0.8
Miguel Hidalgo	1.6	1.4	1.2	0.8	0.8	0.3
Tláhuac	0.6	0.8	1.0	1.2	0.4	0.7
Tlalpan	0.4	0.6	0.4	0.4	0.4	0.3
Venustiano Carranza	2.2	2.7	2.3	1.3	1.6	0.7
Xochimilco	1.2	1.0	0.6	0.5	0.4	0.5
Ciudad de México	1.2	1.1	1.1	0.9	0.7	0.6

Fuentes: DI Evalúa. El numerador de la tasa se tomó de las bases de datos de ADIP, “Interrupción legal del embarazo”, consultadas en: <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022. Los datos poblacionales para el periodo 2016-2018 se tomaron de los microdatos de la Encuesta Intercensal 2015 y los del periodo 2019-2021 de los correspondientes al Censo de Población y Vivienda 2020, ambos de INEGI. En el cálculo sólo se considera la información referente a mujeres residentes en la Ciudad de México.

Cuadro A.3 (FIGURA 6)

Tasa de ILE por cada 1,000 mujeres entre 18 y 44 años						
Alcaldía	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Álvaro Obregón	4.8	4.4	4.7	4.3	2.5	2.8
Azcapotzalco	8.5	7.0	6.7	6.1	4.4	4.9
Benito Juárez	1.9	2.2	2.1	1.5	0.9	1.1
Coyoacán	3.3	3.1	3.0	2.4	1.8	2.1
Cuajimalpa	2.5	1.9	2.2	1.2	4.2	0.0
Cuauhtémoc	6.2	6.2	6.2	5.5	4.3	3.7
Gustavo A. Madero	6.9	5.9	6.8	6.3	5.0	5.0
Iztacalco	7.0	6.4	6.6	5.6	4.1	4.4
Iztapalapa	5.0	5.0	5.2	4.7	4.0	4.2
Milpa Alta	4.4	5.4	4.7	4.3	2.8	3.1
Magdalena Contreras	3.4	2.9	3.1	2.4	1.7	4.5
Miguel Hidalgo	6.2	5.9	5.0	4.1	3.2	3.8
Tláhuac	4.6	5.5	5.7	5.6	3.9	4.4
Tlalpan	2.7	3.1	2.5	1.8	1.3	1.5
Venustiano Carranza	10.7	10.2	10.5	8.2	7.3	7.4
Xochimilco	4.5	4.1	3.8	3.5	2.1	2.3
Ciudad de México	5.5	5.3	5.2	4.7	3.6	3.9

Fuentes: DI Evalúa. El numerador de la tasa se tomó de las bases de datos de ADIP, “Interrupción legal del embarazo”, consultadas en: <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022. Los datos poblacionales para el periodo 2016-2018 se tomaron de los microdatos de la Encuesta Intercensal 2015 y los del periodo 2019-2021 de los correspondientes al Censo de Población y Vivienda 2020, ambos de INEGI. En el cálculo sólo se considera la información referente a mujeres residentes en la Ciudad de México.

Cuadro A.4 (FIGURA 8)

Tasa de ILE por cada 1,000 nacimientos de madres entre 10 y 17 años, según alcaldía y año						
Alcaldía	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Álvaro Obregón	55.6	77.9	113.2	94.8	34.6	68.1
Azcapotzalco	116.4	156.0	150.9	212.0	69.4	136.7
Benito Juárez	176.5	133.3	156.3	148.1	136.4	150.0
Coyoacán	55.0	76.9	60.5	49.0	52.4	74.1
Cuajimalpa	27.0	23.8	55.1	8.3	70.4	0.0
Cuauhtémoc	139.5	88.8	159.6	100.0	168.4	84.3
Gustavo A. Madero	101.9	82.1	134.4	111.8	95.2	84.0
Iztacalco	102.2	96.0	105.3	138.9	85.5	113.2
Iztapalapa	69.1	58.8	80.8	65.4	53.1	55.7
Milpa Alta	27.5	41.8	29.4	36.3	15.8	48.6
Magdalena Contreras	49.6	23.1	65.6	29.8	38.7	85.9
Miguel Hidalgo	171.1	143.8	168.1	152.2	159.1	83.3
Tláhuac	34.8	50.9	71.6	83.3	33.4	69.1
Tlalpan	29.1	44.2	34.3	38.5	40.3	41.7
Venustiano Carranza	169.0	192.5	200.0	112.8	169.8	75.8
Xochimilco	60.6	53.0	35.9	34.5	30.9	50.7
Ciudad de México	78.8	78.3	94.0	85.0	67.3	75.0

Fuentes: DI Evalúa. Los datos de las ILE se tomaron de las bases de datos de ADIP, “Interrupción legal del embarazo”, descargadas en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022; los de los nacimientos ocurridos se tomaron de las bases de datos sobre nacimientos registrados en hospitales de la Secretaría de Salud, descargadas de “Nacimientos. Datos abiertos”, consultadas en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 1º de octubre de 2021, salvo la de 2021, que se descargó el 5 de agosto de 2022. En el cálculo sólo se considera la información referente a mujeres residentes en la Ciudad de México.

Cuadro A.5 (FIGURA 8)

Tasa de ILE por cada 1,000 nacimientos de madres de 18 años y más						
Alcaldía	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Álvaro Obregón	86.3	82.4	103.6	92.4	62.9	78.1
Azcapotzalco	146.6	128.9	136.4	129.9	107.9	134.4
Benito Juárez	47.2	59.2	57.8	46.8	35.4	43.0
Coyoacán	66.1	67.7	72.6	57.2	49.2	64.8
Cuajimalpa	40.5	31.5	39.0	23.0	84.2	0.5
Cuauhtémoc	123.8	134.7	147.4	134.3	119.6	112.4
Gustavo A. Madero	119.8	107.3	135.4	120.9	105.4	117.3
Iztacalco	124.0	120.6	134.2	126.9	105.7	123.7
Iztapalapa	83.2	88.7	101.3	90.2	84.4	99.1
Milpa Alta	68.2	85.3	77.5	78.6	53.2	65.3
Magdalena Contreras	61.1	54.5	67.3	49.3	40.6	115.3
Miguel Hidalgo	116.6	117.9	109.6	100.1	89.1	118.8
Tláhuac	77.1	98.2	109.4	117.3	85.2	104.6
Tlalpan	49.8	61.6	55.6	40.9	35.2	42.6
Venustiano Carranza	185.4	185.7	209.1	175.4	171.8	192.1
Xochimilco	73.7	70.8	73.1	71.6	47.6	59.0
Ciudad de México	98.2	100.3	107.7	99.2	85.4	102.5

Fuentes: DI Evalúa. Los datos de las ILE se tomaron de las bases de datos de ADIP, “Interrupción legal del embarazo”, descargadas en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022; los de los nacimientos ocurridos se tomaron de las bases de datos sobre nacimientos registrados en hospitales de la Secretaría de Salud, descargadas de “Nacimientos. Datos abiertos”, consultadas en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 1º de octubre de 2021, salvo la de 2021, que se descargó el 5 de agosto de 2022. En el cálculo sólo se considera la información referente a mujeres residentes en la Ciudad de México.

Cuadro A.6 (FIGURA 9)

Tasa de nacimientos entre mujeres de 10 a 17 años por cada 1,000 mujeres en ese rango de edad						
Alcaldía	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Álvaro Obregón	16.7	14.6	10.9	10.5	8.9	6.6
Azcapotzalco	14.7	12.6	10.7	9.0	7.1	6.8
Benito Juárez	3.6	3.2	2.2	1.9	1.5	1.4
Coyoacán	11.1	10.1	7.3	7.4	6.9	4.9
Cuajimalpa	15.5	14.1	10.7	9.9	11.6	6.1
Cuauhtémoc	15.0	13.3	12.3	10.6	8.1	7.6
Gustavo A. Madero	13.4	13.3	10.6	10.7	9.5	8.2
Iztacalco	12.4	11.3	9.5	8.9	7.5	5.2
Iztapalapa	16.8	16.1	13.9	12.4	10.5	9.5
Milpa Alta	25.2	23.6	20.2	18.6	18.3	13.9
Magdalena Contreras	17.4	17.3	12.2	12.7	11.7	9.7
Miguel Hidalgo	9.6	9.7	7.2	5.2	5.0	4.1
Tláhuac	17.8	16.7	13.5	14.2	12.2	10.1
Tlalpan	15.4	14.1	12.4	11.2	8.8	6.7
Venustiano Carranza	12.7	14.1	11.4	11.5	9.5	8.9
Xochimilco	19.8	18.4	16.7	13.6	12.8	9.9
Ciudad de México	14.8	14.2	12.0	11.0	9.7	8.2

Fuentes: DI Evalúa. Los datos de las ILE se tomaron de las bases de datos de ADIP, “Interrupción legal del embarazo”, descargadas en <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/interrupcion-legal-del-embarazo> el 8 de agosto de 2022; los de los nacimientos ocurridos se tomaron de las bases de datos sobre nacimientos registrados en hospitales de la Secretaría de Salud, descargadas de “Nacimientos. Datos abiertos”, consultadas en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 1o de octubre de 2021, salvo la de 2021, que se descargó el 5 de agosto de 2022. En el cálculo sólo se considera la información referente a mujeres residentes en la Ciudad de México.

Anexo 2. Nota sobre las fuentes de información empleadas en este estudio

Este documento ofrece un panorama sobre las interrupciones voluntarias de embarazos en la Ciudad de México durante el periodo 2007-2021. En aras de ofrecer información comparable y reproducible, muchos de los indicadores presentados se construyeron siguiendo las recomendaciones de la OMS en el documento *Reproductive Health Indicators. Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring*. En general, las fuentes de información se pueden agrupar en tres temas, según el tipo de datos que ofrecen: las que dan cuenta del número de ILE que se han practicado, las que ofrecen información sobre la población femenina y las que versan sobre los embarazos. Además, otra forma de clasificar las fuentes de información es tomar en cuenta el tipo de datos que ofrecen, habiendo consultado para este estudio registros administrativos (SSA, SEDESA y ADIP), encuestas (INEGI) y estimaciones (CONAPO). La mayor parte de los indicadores se construyeron con registros administrativos, lo cual implica ciertas limitaciones, como la falta de representatividad de éstos, los errores en la captura, entre otros. A continuación, se detallan algunas de las limitaciones que se detectaron en las fuentes de información.

Interrupciones legales del embarazo

Agenda Estadística de Salud. Esta fuente corresponde a una publicación anual que la Secretaría de Salud local publicó desde 2016 hasta 2019. En sus diferentes ediciones se encuentra información sobre el número de ILE en cada año, por unidad médica en las que se practicaron, por entidad de residencia de quien se la practicó y por método empleado. Debido a que se trata de un documento que resume los resultados en salud que se alcanzaron en la Ciudad de México, la información no se presenta de manera desagregada por mujer o por procedimiento, por lo cual no se pueden hacer cruces entre variables a nivel individual. Además, dado que desde 2019 no se ha vuelto a publicar, este tipo de resúmenes no están disponibles para los dos últimos años. Otra limitación de esta fuente es que presenta inconsistencias en el número de ILE, pues en la edición de 2015 se publicó un total de 18,851 abortos practicados durante ese año y en la de 2016 se



reportaron 18,163; no obstante, en las ediciones de 2018 y 2019 se informaron 18,770 en 2015 y 18,087 en 2016. Aunque la diferencia podría parecer poca (81 en el primer año y 76 en el segundo), ésta se debe tener en cuenta a la hora de interpretar los datos. Asimismo, en estas bases de datos las variables de entidad y alcaldía (o municipio) de residencia muestran algunas inconsistencias, pues hay registros en los que se señaló que la persona que interrumpió su embarazo residía en la Ciudad de México, pero en el campo de la alcaldía no coincidía con alguna de las 16 demarcaciones territoriales de esta entidad.

Bases de datos sobre las ILE. La Agencia Digital de Innovación Pública (ADIP) pone a disposición del público bases de datos sobre las interrupciones legales del embarazo, que cubren el periodo de enero de 2016 a marzo de 2022. Los archivos de la ADIP tienen como unidad de registro las propias ILE, con variables de la persona que se la practicó (como la edad, entidad y demarcación de residencia, número de hijos, número de abortos, entre otras) y referentes a la ILE (tipo de procedimiento, fecha en la que se llevó a cabo, unidad médica en la que se practicó, etcétera). Dado que esta información no está disponible para el periodo 2007-2015, los datos no se pueden contrastar con los de la *Agenda Estadística* antes de 2016. En los años que sí coinciden, esta fuente muestra una discrepancia en el número de ILE que se reportaron, siendo 77 menos en 2016, 3 más en 2017, 80 menos en 2018 y 78 más en 2019, en comparación con los datos de SEDESA.

Se detectó que la base de datos de la ADIP muestra problemas en el año 2021, especialmente en las variables de alcaldía de residencia de quien decidió terminar un embarazo y de unidad médica en la que se llevó a cabo el procedimiento. En el primer caso, los datos dan cuenta de sólo una ILE practicada a una residente de Cuajimalpa, quien, consta en la base, decidió interrumpir su embarazo en una clínica de Tláhuac. Esta situación genera suspicacia, dado que en Cuajimalpa hay una clínica, pero no se registraron ILE practicadas en la misma demarcación. Otra situación que genera dudas, para ese mismo año, es que no se reportaron ILE practicadas en el Hospital General Dr. Enrique Cabrero, a pesar de que dicha unidad reportó haber practicado ILE en los años previos y de que, según información del Gobierno de la Ciudad de México, este centro sigue en funciones.



Aunque no es el caso de 2021, las bases de datos muestran muchos valores perdidos (casi el 14%) en el campo de la unidad médica en la que tuvo lugar la intervención médica. Además, estos archivos carecen de diccionario de datos, y de un libro de códigos que permita etiquetar las variables (y sus valores) de manera adecuada.

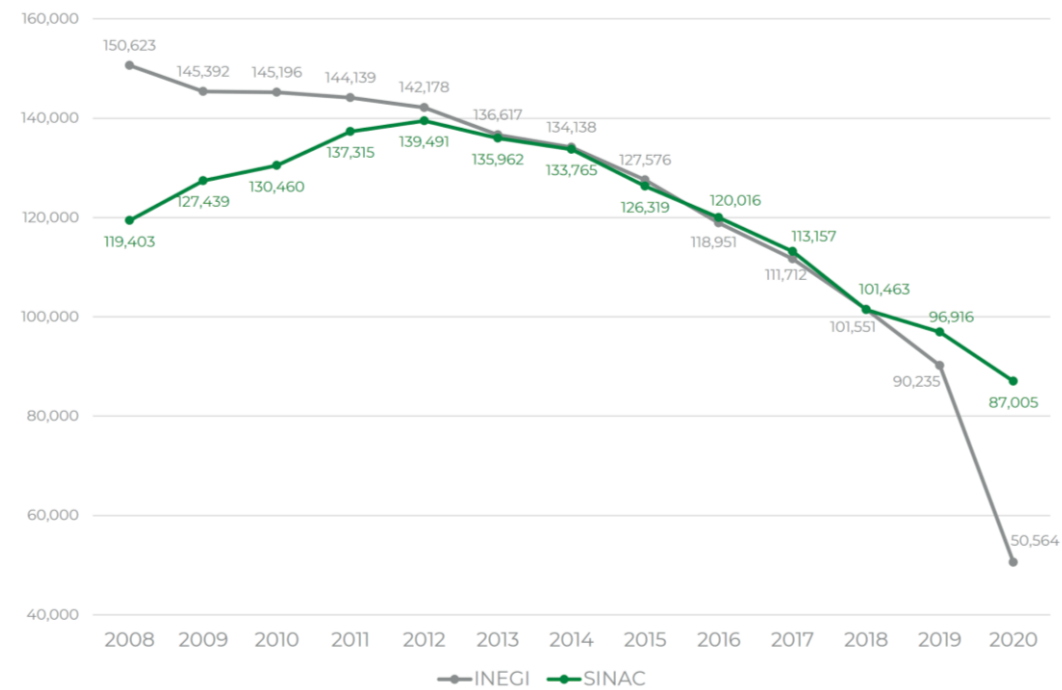
Nacimientos

Bases de datos de nacimientos registrados. El INEGI publica bases de datos cuya unidad de análisis son los nacimientos registrados, con variables de los progenitores, del nacimiento, etcétera. Para la integración de esta información, ese instituto lleva a cabo una confronta con los registros administrativos del Registro Civil y de la Secretaría de Salud. La información cubre el periodo 1985-2020 y se prevé la publicación de los datos de 2021 para el 21 de septiembre de 2022, fecha posterior a la finalización de este estudio. El principal problema asociado con el uso de las bases del INEGI es que corresponden a los nacimientos registrados en cada año, los cuales pueden incluir los nacimientos ocurridos en años previos. Si esta información se tomara tal cual, el número de nacimientos se sobreestimaría. Dado que los datos del INEGI incluyen una variable sobre el año de ocurrencia de los nacimientos, es posible subsanar el registro tardío de cierto año con las bases de los siguientes periodos. No obstante, debido a que aún no han sido publicadas bases posteriores a 2020, y dado que ese año se registraron muy pocos nacimientos —posiblemente porque muchas oficinas del Registro Civil cerraron por la pandemia o porque los progenitores no registraron a los infantes debido al miedo a un contagio por Covid-19— es posible que el subregistro en dicho año sea de elevada magnitud.

Bases de datos de nacimientos ocurridos en unidades médicas. Esta fuente de información cubre el periodo 2008-2021. A diferencia de las bases de nacimientos del INEGI, las del SINAC se nutren de los registros de nacimientos en hospitales y se publican anualmente. Debido a esto, posiblemente esta fuente puede estar sub reportando los nacimientos, al dejar

fuera los eventos ocurridos fuera de unidades médicas. No obstante, al hacer una confronta con los nacimientos ocurridos que esta fuente reporta y la del INEGI, se observa una elevada similitud, salvo en 2020.

Nacimientos según dos fuentes de información, Ciudad de México, 2008-2020



Nota: De ambas fuentes se tomaron los nacimientos en los que la madre declaró que residía en la Ciudad de México. **Fuente:** DI Evalúa. Los de los nacimientos ocurridos se tomaron de las bases de datos de INEGI, “Natalidad”, consultadas en <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/#Microdatos> el 9 de agosto de 2022; y de las bases sobre nacimientos registrados en hospitales de la Secretaría de Salud, descargadas de “Nacimientos. Datos abiertos”, consultadas en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html el 10 de octubre de 2021.

Población

Proyecciones de población a mitad de año. Se trata de una base de datos en la cual se presentan estimaciones de la cantidad de hombres y mujeres por edades individuales (en años), para el periodo 1950-2050. El nivel de agregación que presenta esta base corresponde a las entidades federativas del país, por lo cual resulta útil para conocer la cantidad de mujeres que habitaban en la capital mexicana en determinados años y según edad individual, pero no para conocer el tamaño de la población femenina en



las alcaldías. Si bien el CONAPO ha publicado estimaciones de población para los municipios mexicanos, dicha base presenta datos por grupos quinquenales de edad, por lo cual no resulta útil para determinados indicadores construidos en este documento, especialmente para estimar las tendencias de las ILE en menores de 18 años.

Encuesta Intercensal 2015. Fuente de información mediante la cual el INEGI recabó información sociodemográfica, económica y de condiciones físicas de las viviendas, en el periodo comprendido entre el Censo de Población y Vivienda 2010 y el de 2020. El diseño muestral de la Encuesta Intercensal se hizo de tal manera que permite llevar a cabo inferencias a nivel municipal, estatal y nacional, por lo cual es posible emplear esta fuente para conocer la cantidad de mujeres que había en la Ciudad de México en el año de levantamiento, por edades individuales y alcaldías.

Censo de Población y Vivienda. Se trata de la principal fuente de información demográfica del país. Debido a su carácter tan exhaustivo, permite conocer la cantidad de población femenina por edades individuales y alcaldía en los años de levantamiento.



CONSEJO DE EVALUACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO
Dirección de Investigación

Ciudad de México, 28 de septiembre de 2022