

Mortalidad materna por aborto en México: retos persistentes para la atención a la salud sexual y reproductiva

Martha Cordero Oropeza
Midiam Moreno
Luciana Ramos Lira
Karla Flores Celis

Resumen

En pleno siglo XXI, la mortalidad materna sigue siendo un riesgo para las mujeres en todo el mundo. Solamente en 2017 ocurrieron 140 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos, de las cuales, 22% ocurrieron por hemorragia obstétrica y 9% por abortos. El objetivo de este estudio es analizar la razón de la mortalidad materna asociada al aborto en México entre 2002 y 2018. Para ello, se realizó un análisis secundario de las bases de datos de mortalidad en México validadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) y la Secretaría de Salud obteniendo los siguientes resultados: en México, entre 2002 y 2018, se observa una disminución de la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en la mayoría de las entidades federativas; sin embargo, esta disminución no se observa en las muertes atribuibles al aborto, ya que en la mitad del país no se registraron cambios en estas defunciones. En estados como Baja California Sur, Querétaro, Coahuila y Sinaloa se registraron el doble de defunciones por aborto, mientras que en Nuevo León y Quintana Roo el número de muertes se triplicó. Estos resultados enfatizan la necesidad de incrementar los esfuerzos para garantizar servicios de salud sexual y reproductiva para todas las mujeres con el fin de evitar que éstas mueran por causas atribuibles a abortos.

Palabras clave: mortalidad materna, aborto, salud reproductiva, educación sexual, despenalización del aborto.

Abstract

In the 21st century, maternal mortality continues to be a risk for women around the world. In 2017 alone, 140 maternal deaths occurred per 100 000 births, of which 22% occurred due to obstetric hemorrhage and 9% due to abortions. The objective of this study is to analyze the ratio of maternal mortality associated with abortion in Mexico between 2002 and 2018. For this, a secondary analysis of the mortality databases in Mexico validated by the National Institute of Statistics and Geography (Inegi) and the Ministry of Health obtaining the following results: in Mexico, between 2002 and 2018, a decrease in the Maternal

Mortality Ratio (MMR) is observed in most states; However, this decrease is not observed in deaths attributable to abortion, since in half of the country there were no changes in these deaths. In states such as Baja California Sur, Querétaro, Coahuila and Sinaloa, twice as many deaths from abortion were registered, while in Nuevo León and Quintana Roo the number of deaths tripled. These results emphasize the need to increase efforts to guarantee sexual and reproductive health services for all women in order to prevent them from dying from causes attributable to abortion.

Keywords: maternal mortality, abortion, reproductive health, sexual education, decriminalization of abortion.

Antecedentes

Los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) para el año 2030 plantean la inclusión del derecho a la salud, el bienestar, la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres como metas, así como el compromiso de los países para incrementar los esfuerzos dirigidos a reducir la mortalidad materna, lograr el acceso universal a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva, y garantizar los derechos sexuales y reproductivos (ONU, 2019). No obstante, el avance en esta materia es insuficiente, pues aunque la mortalidad materna ha disminuido, la maternidad continúa siendo un riesgo para la salud de las mujeres. Se estima que en 2017 ocurrieron 140 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos vivos en todo el mundo; al año ocurren casi 200 000 mundialmente; y de éstas, más de 38 000 (22%) son resultado de hemorragia obstétrica, 34 000 (20%) ocurren por causas indirectas, más de 29 000 (18%) se deben a trastornos hipertensivos, poco más de 21 000 (11%) son por infección puerperal, y casi 17 000 (9%) ocurren por abortos. Para este periodo en México se observó un comportamiento distinto: la primera causa fue enfermedad hipertensiva (23.5%), seguida de causas indirectas; es decir, aquellas muertes asociadas a una enfermedad crónica o preexistente (19.2%) y hemorragia obstétrica (17.9%) (Institute for Health Metrics and Evaluation Client Services, 2019).

Según Pisanty-Alatorre (2017), las muertes maternas reflejan desigualdades sociales y humanitarias, debido a que la mayoría de estas muertes se pueden evitar

cuando se garantiza el acceso a la atención médica oportuna y de calidad. Si esta muerte es resultado de causas relacionadas con un aborto, refleja inequidades aún más grandes, debido a que la mortalidad por aborto es más elevada cuando la interrupción del embarazo es practicada por una persona carente de la capacitación necesaria, cuando se realiza en un entorno que no cumple con las normas médicas mínimas, o bien cuando se combinan ambas circunstancias (OMS, 2012).

A estas intervenciones se les denominan aborto inseguro o peligroso, y ocurren principalmente en países con legislaciones restrictivas que además suelen ser las de los países más pobres (Ipas, 2021). Estudios recientes documentan que cada año se producen 25 millones de abortos inseguros, de los cuales una quinta parte se realizan en América Latina. Los abortos inseguros se asocian con altas tasas de letalidad y representan un problema de salud pública (Ganatra *et al.*, 2017; Sedgh *et al.*, 2016; Juárez y Singh, 2013)2003, and 2008. However, reconceptualisation of the framework and methods for estimating abortion safety is needed owing to the increased availability of simple methods for safe abortion (eg, medical abortion).

Sin embargo, las mujeres siguen abortando aun cuando esté prohibido, aunque con más riesgos para su salud al tener menos acceso a abortos seguros (Guttmacher, 2020). En América Latina y el Caribe se calcula una tasa de 32 abortos por mil mujeres para 2015–2019, mientras que la razón de mortalidad materna en esta región varía entre 74 y 50.3 por cada 100 000 nacidos

según la fuente, y en México es de entre 33 y 37, respectivamente (CEPAL, s/f).

En México, la regulación del aborto es restrictiva en general; solamente la Ciudad de México desde 2007 y Oaxaca desde septiembre de 2019 incluyen la figura de la interrupción legal del embarazo durante las primeras 12 semanas de gestación, mientras que en todas las demás entidades la única causal legal generalizada que se contempla es el embarazo producto de una violación sexual. Otra diversidad de causales está contemplada en cada estado, como que exista peligro de muerte para la mujer, que el embarazo implique daños a la salud o alteraciones genéticas, aborto imprudencial, inseminación no consentida, o por razones económicas (GIRE, s/f).

Entre los estados con más restricciones para abortar destacan Chiapas, Sinaloa, Sonora, Durango, Nuevo León, Aguascalientes, Campeche y Tabasco, que consideran tres causales, pero particularmente son

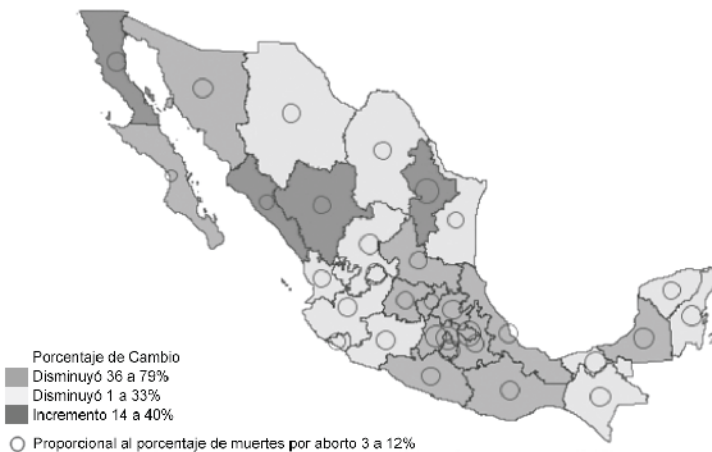
Querétaro y Guanajuato las entidades que solamente contemplan dos.

Con el fin de conocer el panorama sobre el número de mujeres fallecidas por aborto en el país y por cada estado, el objetivo del presente estudio consiste en analizar la razón de mortalidad materna asociada al aborto entre 2002 y 2018 en México.

Método

Se realizó un análisis secundario de las bases de datos de mortalidad de México validadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) y la Secretaría de Salud para los años 2002 y 2018. Para fines de este estudio, se consideraron las muertes maternas derivadas de la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de las Muertes Maternas (BIRMM), la cual es una metodología suficientemente documentada por otros estudios nacionales (Lozano-Ascencio, 2008; Torres *et al.*, 2014; Urióstegui *et al.*, 2019) y por medio de ella se ha corregido el subre-

Figura 1. Avance en la Razón de Mortalidad Materna. México 2002 a 2008.



Fuente: Elaboración propia con información de INEGI/SS-DGIS. Base de datos Mortalidad 2002-2018. SS-DGIS. Razón de Mortalidad Materna 1990-2018. SS

gistro como muerte materna; se tomó como referencia la entidad de residencia, ya que con esta información se calcula la Razón de Mortalidad Materna (RRM) y el registro de nacimientos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (Sinac) de la Secretaría de Salud correspondiente al mismo periodo.

Para la estimación de las causas atribuibles a aborto se consideraron los Códigos 000 a 007 de la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).

Resultados

En México, la RMM ha disminuido poco más de una tercera parte de 2002 a 2018 al pasar de 56.8 a 34.6 por cada 100 000 nacidos vivos (Secretaría de Salud, Dirección de Información en Salud 2020b), pero el avance es heterogéneo al interior del país. Tal y como se observa en la figura 1, en entidades federativas como Baja California,

Durango, Nuevo León y Sinaloa la Razón de Mortalidad Materna ha incrementado; en otras, como Aguascalientes, Michoacán, Tabasco y Jalisco ha disminuido lentamente, mientras que en Morelos y San Luis Potosí la reducción alcanzó más de 70%; sin embargo, el peso relativo de las defunciones por aborto con respecto al total de defunciones maternas se incrementó en el mismo periodo de 7.4 a 9.4 por ciento.

En la tabla 1 se observa el peso relativo de las muertes maternas atribuibles por aborto para 2002 y 2017. En entidades como Baja California Sur, Querétaro, Coahuila y Sinaloa estas muertes se duplicaron, mientras que en Nuevo León y Quintana Roo se incrementaron dos y tres veces más las defunciones por aborto. En contraste, entidades como Guanajuato, Jalisco, Nayarit, Sonora y Yucatán redujeron estos decesos en 100% (Instituto Nacional de Estadística y Geografía; Secretaría de Salud, 2020) (Tabla 1).

Tabla 1. Avance en la Reducción de la Razón de Mortalidad Materna y Defunciones por Aborto en México, 2002–2018¹

Entidad federativa	Muertes maternas		Razón de Mortalidad Materna			Defunciones por aborto		Porcentaje de muertes maternas atribuibles a aborto		
	2002	2018	2002	2018	% de avance	2002	2018	2002	2018	% de cambio
Guanajuato	58	23	48.9	20.8	57.6	5	0	8.6	0.0	-100.0
Jalisco	50	39	31.4	30.0	4.6	3	0	6.0	0.0	-100.0
Nayarit	16	13	71.9	57.7	19.7	3	0	18.8	0.0	-100.0
Sonora	23	11	45.0	22.4	50.1	2	0	8.7	0.0	-100.0
Yucatán	29	18	75.5	52.6	30.2	1	0	3.4	0.0	-100.0

¹ Estimaciones propias con base en los datos de Inegi/SS-DGIS, Base de Datos Mortalidad 2002-2018. DGIS, SS-DGIS, Razón de Mortalidad Materna 1990-2018, Sistema de Información en Salud.

Guerrero	77	20	93.8	33.1	64.7	9	2	11.7	10.0	-77.8
San Luis Potosí	42	7	71.1	15.2	78.6	4	1	9.5	14.3	-75.0
Veracruz de Ignacio de la Llave	113	39	72.6	27.4	62.3	8	2	7.1	5.1	-75.0
Baja California	17	17	29.5	33.7	-14.0	3	1	17.6	5.9	-66.7
Puebla	88	36	63.5	30.3	52.3	8	3	9.1	8.3	-62.5
Ciudad de México	77	35	54.3	34.5	36.4	9	4	11.7	11.4	-55.6
Hidalgo	31	14	55.7	26.7	52.1	3	2	9.7	14.3	-33.3
Michoacán de Ocampo	39	31	38.5	37.6	2.4	3	2	7.7	6.5	-33.3
Nacional	1308	710	56.9	34.6	39.2	97	67	7.4	9.4	-30.9
Chiapas	94	78	84.1	62.3	25.9	9	8	9.6	10.3	-11.1
Aguascalientes	6	6	24.0	23.6	1.5	0	0	0.0	0.0	0.0
Campeche	11	6	65.4	33.7	48.5	1	1	9.1	16.7	0.0
Colima	2	2	16.3	14.8	9.1	1	1	50.0	50.0	0.0
Durango	14	17	38.1	53.4	-40.2	1	1	7.1	5.9	0.0
Morelos	26	7	71.4	20.8	70.9	2	2	7.7	28.6	0.0
Tabasco	15	13	32.2	30.9	4.0	0	0	0.0	0.0	0.0
Tamaulipas	22	19	36.2	29.9	17.6	1	1	4.5	5.3	0.0
Tlaxcala	19	6	75.8	25.3	66.6	1	1	5.3	16.7	0.0
Zacatecas	16	9	46.4	31.2	32.7	2	2	12.5	22.2	0.0
México	192	82	65.1	32.4	50.2	8	9	4.2	11.0	12.5
Oaxaca	80	36	94.3	51.4	45.5	4	5	5.0	13.9	25.0
Chihuahua	50	30	71.4	52.3	26.7	2	3	4.0	10.0	50.0
Baja California Sur	6	3	60.9	25.2	58.6	0	1	0.0	33.3	100.0
Querétaro	19	12	53.1	30.8	42.0	0	1	0.0	8.3	100.0
Coahuila de Zaragoza	23	20	42.2	36.9	12.5	1	2	4.3	10.0	100.0
Sinaloa	19	20	33.7	43.9	-30.3	1	2	5.3	10.0	100.0
Nuevo León	22	29	26.5	32.1	-21.1	2	7	9.1	24.1	250.0
Quintana Roo	12	12	48.0	44.1	8.1	0	3	0.0	25.0	300.0

Entre 2002 y 2018 en México, casi 6 de cada 10 muertes maternas ocurrieron en mujeres entre los 10 y 25 años de edad, 7 de cada 10 no tenían educación formal o habían cursado el nivel de escolaridad básico. El mayor incremento en el peso relativo de las defunciones por aborto en este periodo, ocurrió entre quienes no tenían pareja al momento de su defunción, que pasó de 26.3 a 35.5 por ciento.

A pesar de que en México entre 2002 a 2018 se observa una disminución de la RMM en 87% de las entidades federativas (28), esta disminución no se observa en las muertes atribuibles al aborto: 50% (16) de las entidades no registraron ningún cambio, mientras que en 29% (9) de los estados se incrementó en el número de defunciones por esta causa. Nuevo León y Quintana Roo son estados en los cuales el número de muertes por aborto se triplicó.

Discusión

Los resultados presentados en este estudio señalan la importancia de incrementar los esfuerzos para garantizar servicios de salud sexual y reproductiva para todas las mujeres con el fin de evitar que más mujeres mueran por causas atribuibles a abortos.

Estudios nacionales e internacionales señalan que las muertes ocasionadas por abortos están subregistradas tanto a nivel mundial como internacional debido, principalmente, a la penalización de la interrupción voluntaria del embarazo y a la falta de generalización de servicios. Asimismo, estiman que una proporción importante de las muertes maternas por hemorragia se asocian a abortos realizados de manera

insegura (Schiavon y Troncoso, 2020; Fernández, Gutiérrez y Viguri, 2012; Ganatra *et al.*, 2017; Singh *et al.*, 2010).

Los datos nacionales de este análisis concuerdan con la RMM reportada por la Cepal (2017) pues fue de 34.6, siendo similar a la de la Ciudad de México (34.5); sin embargo, hay entidades en las que son más elevadas, como Chiapas (62.3), Nayarit (57.7), Durango (53.4), Yucatán (52-6), Chihuahua (52.3) y Oaxaca (51.4), en contraste con las muy bajas de San Luis Potosí (15.2) y Colima (14.8).

Asimismo, a pesar del incremento del peso relativo de las defunciones por aborto con respecto al total de defunciones maternas, los resultados nos muestran que existen otros factores como la desigualdad en el acceso a la información o los servicios, la falta de disponibilidad de éstos o el estigma asociado que funciona como barrera para que se brinden en condiciones seguras, pueden estar operando para explicar en cada entidad los incrementos o decrementos de la RMM, así como las muertes maternas atribuibles al aborto, en la medida en que no necesariamente aquéllos con legislaciones más restrictivas son en los que existen cifras más elevadas de unas y otras.

Las muertes atribuibles por aborto son un reflejo del compromiso de los gobiernos estatales para impulsar políticas que contribuyan al mejoramiento de la salud y bienestar de las mujeres con el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos (Ulloa, 2017; Sing, Remez y Targlione, 2010).

Por ejemplo, Quintana Roo es un estado que en 2002 no registró ninguna

defunción por aborto y en 2018 tres mujeres perdieron la vida por esta causa; por lo tanto, impulsar iniciativas legislativas encaminadas a poner en marcha políticas dirigidas a garantizar la salud de las mujeres por medio de ofrecer servicios de salud reproductiva que incluyan al aborto seguro, debería ser prioridad para su gobierno; sin embargo, el 2 de marzo de 2021 el pleno del Congreso¹ desechó, con 7 votos a favor y 13 en contra, el dictamen aprobado en comisiones, que proponía despenalizar el aborto hasta las 12 semanas de gestación, mediante la reforma al artículo 13 de la Constitución estatal y modificaciones a la Ley de Salud, al Código Civil y a los artículos 92, 93, 94, 96 y 97 del Código Penal.

A pesar de la evidencia respecto a que las mejores prácticas para salvar la vida de mujeres en el mundo incluyen la implementación de programas de educación sexual integrales acompañados de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en los cuales se incluya la disponibilidad de métodos anticonceptivos eficaces y servicios de aborto legal y seguro, muchas mujeres continúan muriendo durante el embarazo, el parto y el puerperio (Freyermunth y Sesia, 2009). Además, en estos servicios resulta indispensable incluir el cuidado de la salud de las mujeres cuando experimentan un aborto y ejercen sus derechos reproductivos

desde una perspectiva de género y derechos humanos.

En la República Mexicana, únicamente la Ciudad de México y recientemente el Estado de Oaxaca, cuentan con una legislación que garantiza la interrupción legal del embarazo hasta las 12 semanas; pero si bien esto constituye un avance legislativo importante, existen una serie de condiciones estructurales y sociales necesarias para que esto redunde en atención médica oportuna, con calidad y disponibilidad de servicios de salud reproductiva integrales. Por lo tanto, resulta apremiante llevar a cabo investigaciones que permitan, por un lado, evaluar el avance en el cumplimiento de la despenalización del aborto y, por el otro, conocer si los recursos con los cuales cuenta el sistema de salud están preparados para atender este problema de salud pública.

Asimismo, los resultados aquí presentados ponen en evidencia la importancia de monitorear permanentemente los cambios no sólo en el comportamiento de las muertes atribuibles a abortos, sino de las hospitalizaciones por aborto, sean éstos inducidos o espontáneos.

Finalmente, es importante considerar que este artículo incluye abortos médicos y no médicos, lo que implica que no todos los abortos contabilizados son buscados por mujeres; sin embargo, ambos casos llegaron a hospitalización y en algunos desencadenaron la muerte de la madre. Esto difícilmente ocurre en países con leyes de aborto menos restrictivas, las cuales facilitan el acceso a servicios de aborto seguro. Por lo tanto, si se quiere disminuir las muertes

¹ Congreso de Quintana Roo, XVI Legislatura (2019-2022), Segundo periodo extraordinario de sesiones del segundo año de ejercicio constitucional, Diario de los Debates, año 2, tomo II, sesión 6. Disponible en <<http://documentos.congresoqroo.gob.mx/diariodedebates/DD-XVI-2021-3-2-748-sesion-no-6.pdf>>.

maternas asociadas a abortos inseguros en México, es necesario acelerar las acciones encaminadas a despenalizar el aborto y

garantizar el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

semblanza

Martha Cordero Oropeza. Maestra en Salud Mental Pública por el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". Profesora de asignatura en la ENTS-UNAM.

Correo electrónico: <martha_cordero@entsadistancia.unam.mx>.

Midiam Moreno. Maestra en Salud Pública. Candidata a doctora en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".

Correo electrónico: <mmidiam@imp.edu.mx>.

Luciana Ramos Lira. Doctora en Psicología Social. Investigadora en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". Profesora de asignatura en la Facultad de Medicina, UNAM.

Correo electrónico: <ramosl@imp.edu.mx>.

Karla Flores Celis. Maestra y candidata a doctora en Salud Mental Pública. Directora de Violencia Intrafamiliar en la Secretaría de Salud.

Correo electrónico: <karla.floresc@salud.gob.mx>.

Referencias

- CEPAL, ONU (s/f), *Mortalidad materna. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe*. Disponible en <<https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>>. Consultado el 7 de junio de 2021.
- Fernández Cantón, S., G. Gutiérrez Trujillo y R. Viguri Uribe (2012), "La mortalidad materna y el aborto en México", *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, vol. 69, núm. 1, pp. 77-80.
- Freyemuth, G. y P. Sesia (2009), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos.
- Ganatra, B., C. Gerdt, C. Rossier et al. (2017), "Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model", *Lancet*, Londres. Disponible en <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)>.
- GIRE (s/f), *El aborto en los códigos penales*. Disponible en <<https://gire.org.mx/plataforma/causales-de-aborto-en-codigos-penales>>. Consultado el 7 de junio de 2021.
- Guttmacher (2020), *Embarazo no planeado y aborto a nivel mundial. Hoja informativa*. Disponible en <<https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>>. Consultado el 5 de junio de 2021.
- Institute for Health Metrics and Evaluation Client Services (2019), *Making the World a Healthier Place for Mothers: Trends and Opportunities for Action in Maternal Health*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud/Dirección General de Información (2020), *Base de Datos de Defunciones*. Disponible en <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_defunciones_gobmx.html>. Consultado el 10 de julio de 2020.
- Ipas (2021), *El aborto como un asunto de salud pública*, México.
- Juárez, F. y S. Singh (2013), "Incidencia del aborto inducido por edad y estado, México, 2009: nuevas estimaciones usando una metodología modificada", *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. Disponible en <<http://dx.doi.org/10.1363/SP02513>>.
- Lozano-Ascencio, R. (2008), "¿Es posible seguir mejorando los registros de las defunciones en México?", *Gaceta Médica de México*, vol. 144, núm. 6, pp. 525-533.
- Organización de las Naciones Unidas (2019), *Informe de los objetivos del desarrollo sostenible*, Nueva York, Naciones Unidas. Disponible en <https://ods.org.mx/docs/doctos/SDG_Report2019_es.pdf>.

- Organizacion Mundial de la Salud (2012), *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, 2.a ed., Ginebra, Organizacion Mundial de la Salud. Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf>.
- Pisanty-Alatorre, J. (2017), "Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal", *Salud Pública de Mexico*, vol. 59, núm. 6, pp. 639-649.
- Schiavon, R. y E. Troncoso (2020), *Inequalities in Access to and Quality of Abortion Services in Mexico : Can Task-Sharing Be an Opportunity to Increase Legal and Safe Abortion Care?*
- Schiavon, R., E. Troncoso y G. Polo (2012), "Analysis of Maternal and Abortion-Related Mortality in Mexico over the Last Two Decades, 1990-2008", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 118, supl. 2, pp. 14-22. Disponible en <<https://doi.org/10.1002/ijgo.13002>>.
- Secretaría de Salud; Dirección de Información en Salud (2020a), *Registro de Nacimientos. Subsistema de Información sobre Nacimientos*. Disponible en <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html>.
- Secretaría de Salud; Dirección de Información en Salud (2020b), *Razón de mortalidad materna 1990-2018*. Disponible en <<http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS>>.
- Sedgh, G., J. Bearak, S. Singh et al. (2016), "Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends", *Lancet*, Londres. Disponible en <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30380-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30380-4)>.
- Singh, S., L. Remez y A. Tartaglione (eds.) (2010), *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*, Nueva York/París, Guttmacher Institute/International Union for the Scientific Study of Population.
- Torres, L. M., A. L. Rhenals, A. Jiménez et al. (2014), "Búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas en México: el efecto en la distribución de las causas", *Salud Pública de México*, vol. 56, núm. 4, pp. 333-347.
- Ulloa Pizarro, C. (2017), "Procesos de institucionalización: políticas públicas sobre el aborto en México (2000-2012)", *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 79, núm. 2, pp. 345-371.
- Urióstegui, M. R., M. P. Piña López, M. Yáñez Hernández et al. (2019), "Corrigiendo la mala clasificación de la mortalidad materna en México entre 2002-2017", *Boletín Conamed*, núm. 25, p. 5.