

ABORTO

**De la despenalización
al acceso**



**Contraloría social
para el diagnóstico
del aborto legal
en ocho estados
de México**

De la despenalización al acceso. Contraloría social para el diagnóstico del aborto legal en ocho estados de México

Coordinación de la investigación
Ana Cristina Gaspar Santana

Equipo coordinador y redactor
Ana Cristina Gaspar Santana / Coordinadora Nacional REDefine
Pascale Brennan / Oficial de Incidencia REDefine
Ana Laura Rodríguez Cortés / Oficial de Formación REDefine
Diego Esquivel Vilchis / Oficial de Incidencia REDefine

Investigación por estado
Amelia García Hess / REDefine Ciudad de México
Ana Cristina Gaspar Santana / REDefine México, CDMX
Rosario Salgado González / REDefine Estado de México
Joseline Dariely Ocampo Ortega / REDefine Guerrero
Karla Esmeralda Rodríguez Vázquez / REDefine Michoacán
María Fernanda Alegre Topete / REDefine Nayarit
Diana Sarahy Guarneros / REDefine Puebla
Farid Alejandro Aguilar Tun / REDefine Quintana Roo
Liliana Patricia Rivera Jiménez / REDefine Veracruz

Organización
Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (ILSB)
Silvia Soler Casellas / Directora interina ILSB

Tajín 481, Vértiz Narvarte, Benito Juárez, Ciudad de México.
www.ilsb.org.mx

Diseño editorial: Rogelio Vázquez
Corrección de estilo: Nancy Gaspar Santana

Primera edición digital: Ciudad de México, México,
septiembre de 2025
ISBN:

ÍNDICE

1.	Introducción	7
2.	¿Por qué es relevante monitorear los servicios públicos de aborto?	11
3.	¿Cómo hicimos esta investigación?	15
4.	Estándares normativos y definiciones relevantes	25
5.	Hallazgos generales ¿Qué cambios ha generado la despenalización?	37
5.1	Disponibilidad	39
5.2	Accesibilidad	44
5.3	Aceptabilidad	60
5.4	Calidad	67
6.	¿Qué concluimos con esta investigación?	75
7.	Recomendaciones	83
8.	Referencias	88

Agradecemos a todas las personas, instituciones, colectivas y organizaciones que contribuyeron a esta investigación, en especial a:

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Sexual y Reproductiva

May Wejebe Shanahan / Directora de Violencia Sexual, Reproductiva y de Género

Adriana Pérez Arias / Jefa de Departamento de Acceso a Servicios de Aborto Seguro.

Monserrat Hernández Ramírez / Trabajadora Social del equipo técnico de Aborto Seguro

IMSS Bienestar

Personal de salud administrativo y operativo que gestionó y participó en las entrevistas.

Organizaciones y colectivas

Balance / Fondo MARIA

Colectiva feminista Xalisco

Ddeser Edomex

Ddeser Guerrero

Ddeser Puebla

Derechos Autonomías y Sexualidades (DAS Cancún)

Equidad de Género Ciudadanía Trabajo y Familia

Red ASALEAS

ABORTO

De la despenalización
al acceso:

Contraloría social para
el diagnóstico del aborto legal
en ocho estados de México



Introducción



Foto: Archivo ILSB.

En México, la lucha por el acceso al aborto legal y seguro ha sido sostenida por la fuerza colectiva de miles de activistas desde sus territorios. Gracias a su perseverancia, hemos logrado transformar leyes, abrir puertas en hospitales y poner en la agenda pública el derecho a decidir. El Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (ILSB), como parte del movimiento social de la marea verde, ha impulsado esta causa de manera constante y sostenida, con raíces tanto en lo local como en lo nacional.

Esta investigación busca responder a esas preguntas y, con ello, describir la situación actual del acceso a la interrupción legal del embarazo en los Servicios de Aborto Seguro (SAS) del sistema público de salud.

Desde el año 2000, el ILSB ha sido una organización pionera en la formación de liderazgos políticos y sociales con perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad. A través de REDefine México, el instituto capacita y acompaña a activistas jóvenes que defienden y promueven los derechos sexuales y reproductivos. Uno de los resultados de este acompañamiento es la investigación que hoy presentamos.

De la despenalización al acceso: Contraloría social para el diagnóstico del aborto legal en ocho estados de México es una investigación que surge de la necesidad de saber qué ocurre después de que un congreso aprueba una reforma para despenalizar el aborto en el código penal estatal. ¿Ya se puede abortar en algún hospital público?, ¿hay personal de salud capacitado?, ¿los hospitales tienen medicamentos para practicar abortos?, ¿las personas usuarias saben a dónde acudir para abortar?, ¿los lineamientos para el sector de salud se cumplen?

Esta investigación busca responder a esas preguntas y, con ello, describir la situación actual del acceso a la interrupción legal del embarazo en los Servicios de Aborto Seguro (SAS) del sistema público de salud. El análisis se centra en ocho estados que han despenalizado el aborto hasta junio de 2025, desde un enfoque de derechos humanos y salud.

La metodología fue diseñada desde una perspectiva que politiza el proceso de investigación y sus técnicas. La contraloría social y la investigación acción participativa fueron las herramientas centrales, ya que permitieron que las personas activistas de REDefine asumieran el rol de investigadoras, levantando la información, aportando su conocimiento y corroborando que los hallazgos respondieran a las realidades de sus territorios. Combinamos el análisis de datos públicos de la Secretaría de Salud con trabajo de campo hecho por parte de las personas investigadoras en territorio, utilizando observación participante en unidades de salud, así como entrevistas al personal administrativo y operativo del sector salud y acompañantes de aborto en cada estado. Para este proceso, fueron clave las alianzas estratégicas que contribuyeron con su voluntad a avanzar en este tema.

Esta investigación se inserta en un campo poco documentado por los movimientos feministas en México: la evaluación del acceso al aborto desde la perspectiva de la participación ciudadana, territorial y colaborativa. La sociedad civil ha impulsado diversas estrategias para lograr el acceso al aborto, entre ellas, litigios, iniciativas de reforma legislativa y campañas de sensibilización para la despenalización social. Sin embargo, aún son limitados los diagnósticos que combinen datos oficiales, observación en campo y voces de quienes acompañan a las personas usuarias de los servicios de aborto desde los territorios.

Tenemos la esperanza de que un dato bien documentado pueda abrir conversaciones con quienes toman las decisiones que pueden favorecer la transformación social y fortalecer el derecho a la salud, mediante la incidencia de las personas activistas que viven en los contextos que investigan. Con este trabajo, buscamos compartir una herramienta útil para activistas, personal de salud y otras personas comprometidas con la garantía efectiva del derecho a la salud para las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Finalmente, este proyecto también constituye un ejercicio de cuidado colectivo. Garantizar el acceso al aborto legal y seguro, además de ser un acto político, implica cuidar la vida, la salud y la autonomía de quienes deciden sobre su cuerpo. Hemos aprendido que investigar también significa acompañar y que acompañar es, a su vez, una forma de cuidado. Esta investigación es una invitación a seguir tejiendo redes, desde las leyes y los datos hasta los consultorios médicos y territorios. Tenemos una convicción clara: la despenalización del aborto es solo el primer paso; el verdadero reto consiste en garantizar que el derecho al aborto sea una realidad, sin importar el lugar de residencia, la condición socioeconómica, la etnia, la identidad de género ni la situación migratoria.



2

¿Por qué es relevante monitorear los servicios públicos de aborto?



Foto: Archivo ILSB.

En los últimos años, el aborto voluntario se ha despenalizado parcialmente en 24 estados de la República, lo que ha dado lugar a la creación de lineamientos y a la ampliación de legislaciones en materia de salud. Sin embargo, persisten dudas razonables acerca de cómo se están brindando los servicios de aborto en el sistema público de salud.

Entre 1990 y 2016, se registraron 32 284 muertes maternas, de las cuales 2 408 (7.5 %) estuvieron relacionadas con el aborto. Estas complicaciones y muertes se consideran evitables, ya que no debieron ocurrir o pudieron haberse prevenido con la tecnología médica disponible¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que, en América Latina, tres de cada cuatro abortos suceden en condiciones inseguras². Por su parte, el Instituto Guttmacher estima que, en México, más de un tercio de quienes tienen un aborto inseguro presentan complicaciones que requieren tratamiento médico; sin embargo, un cuarto de estas no tiene la atención hospitalaria necesaria³.

Acorde a la OMS⁴, para avanzar en la igualdad de género, los derechos humanos y la equidad, es necesario reducir o eliminar las barreras financieras que enfrentan las personas más vulneradas y garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad. En el caso de los servicios de aborto, las barreras están vinculadas al estigma; los costos formales e informales; la falta de información, el abastecimiento de medicamentos, productos, servicios, proveedores capacitados e información; los plazos de espera obligatorios; la violación de la privacidad; los enfoques basados en supuestos; los límites a la edad gestacional; así como la falta de voluntad de algunas personas trabajadoras de la salud para brindar atención.

El aborto también es relevante en temas de justicia social, ya que las mujeres y personas con capacidad de gestar que viven en situaciones de mayor vulnerabilidad social —pobreza, marginación, violencia, discriminación, minoría de edad y migración—, están expuestas a un mayor riesgo de sufrir daños graves a la salud e, incluso, de morir a causa de un aborto inseguro. El Instituto Guttmacher³ menciona que, en México, el 45 % de las mujeres en condiciones económicas vulnerables del ámbito rural no recibe la atención necesaria frente a las complicaciones derivadas de un aborto inseguro, frente al 10 % de las mujeres urbanas con mejores condiciones económicas.

Entre 1990 y 2016, se registraron 32 284 muertes maternas, de las cuales 2 408 (7.5 %) estuvieron relacionadas con el aborto.



3

¿Cómo hicimos esta investigación?



Foto: Archivo ILSB.

Investigar desde la contraloría social y la investigación acción participativa

El acceso efectivo a los servicios de aborto seguro en México enfrenta múltiples desafíos derivados de las desigualdades sociales, la fragmentación de los sistemas de salud y las persistentes resistencias culturales y normativas. En este contexto, la contraloría social y la investigación

acción participativa (IAP) constituyen herramientas metodológicas y políticas esenciales para garantizar que las voces de las personas usuarias y de quienes las acompañan se traduzcan en conocimiento útil y en mecanismos de exigibilidad de derechos.

La contraloría social —entendida como la participación de la ciudadanía en la vigilancia, seguimiento y evaluación de las políticas y programas públicos— permite incidir en la rendición de cuentas del Estado en su obligación de garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva. Su relevancia radica en que abre espacios de control democrático que trascienden la evaluación técnica y visibilizan las experiencias de las mujeres y personas gestantes en situación de vulnerabilidad. Así, al monitorear el acceso real a los servicios de aborto seguro, se puede identificar tanto la existencia formal de programas como las barreras administrativas, culturales y estructurales que dificultan su implementación⁵.

Por otro lado, la IAP se presenta como un enfoque que rompe con la distancia tradicional entre investigadores y sujetos de investigación, al generar conocimiento de manera colectiva a partir de las experiencias y saberes de las comunidades involucradas. En este proyecto, las personas investigadoras son integrantes de REDefine, la red de jóvenes activistas del ILSB. La IAP, además de sistematizar información, permite fortalecer capacidades de organización, reflexión crítica y acción política entre las propias participantes. De esta forma, la investigación se convierte en una herramienta emancipadora, coherente con la lucha por la autonomía corporal y el derecho a decidir.

Ambos enfoques son complementarios: mientras la contraloría social asegura un marco de exigibilidad y vigilancia frente al Estado; la IAP aporta un proceso de construcción colectiva del conocimiento que respeta y potencia la voz de quienes viven las prácticas de acompañamiento y de atención a la salud. Como señalan Fals Borda y Rahman, la investigación de acción participativa “busca devolver la ciencia a los pueblos, colocándola al servicio de sus luchas y aspiraciones, en un proceso dialógico que combina investigación rigurosa con acción transformadora”^(6, p.). Esta perspectiva es particularmente pertinente en el campo del aborto, donde los discursos biomédicos y jurídicos suelen invisibilizar las experiencias de las personas usuarias, las acompañantes y de las colectividades feministas vinculadas a la exigibilidad del derecho al aborto.

En suma, la contraloría social y la investigación de acción participante son fundamentales en una investigación sobre el acceso a servicios de aborto seguro, porque aseguran que el conocimiento producido funcione, al mismo

tiempo, como un mecanismo de exigencia de derechos y como una herramienta de creación de poder y emancipación colectiva. La participación de nuestras voces —como activistas, usuarias y acompañantes—, desde los feminismos y los derechos humanos, es fundamental. Implica reconocer que la construcción de un sistema de salud reproductiva justo y accesible depende tanto de la transparencia y la rendición de cuentas del Estado como de la participación de las comunidades en la generación de saberes y en la definición de las políticas que las afectan directamente.

Nuestra metodología

El estudio se diseñó como una investigación descriptiva transversal, de enfoque mixto, con componentes cuantitativos y cualitativos. A continuación, se presentan los objetivos que lo guiaron.

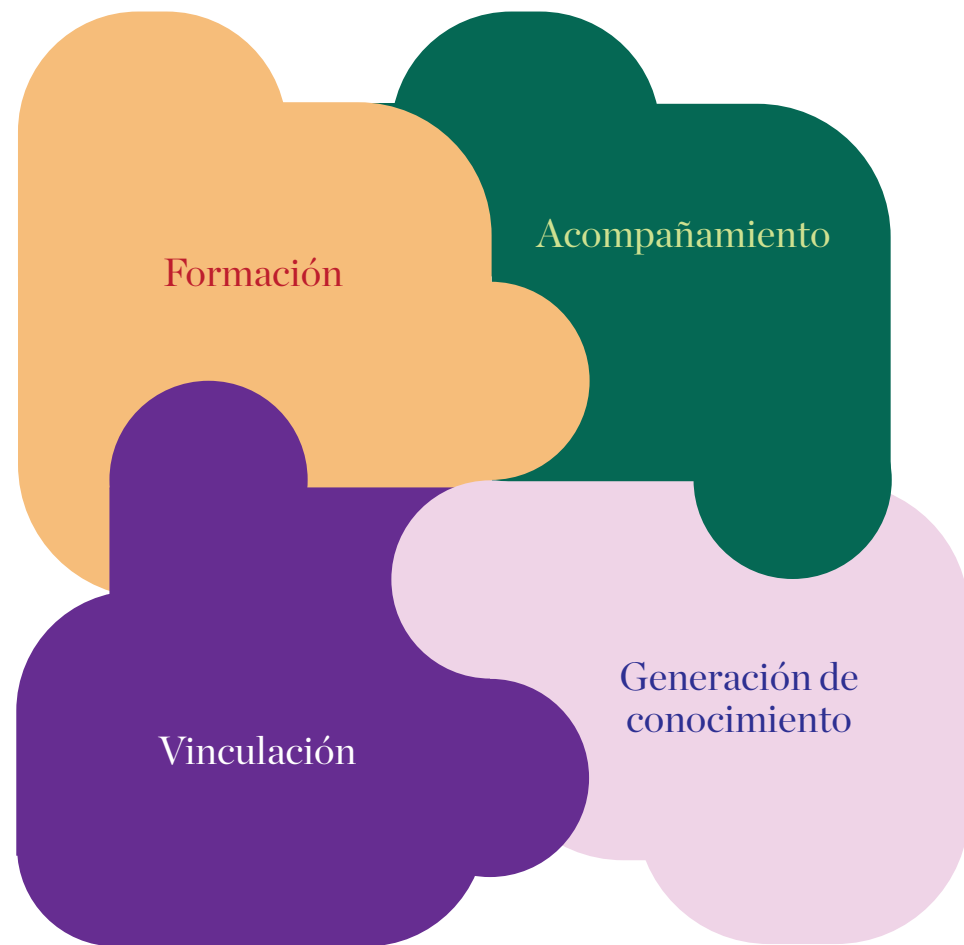
Objetivo general

Describir la situación actual del acceso a la interrupción legal del embarazo en los Servicios de Aborto Seguro (SAS) del sistema de salud público en ocho estados de la república —Ciudad de México, Estado de México, Guerrero, Nayarit, Michoacán, Quintana Roo, Puebla y Veracruz— que han despenalizado el aborto hasta junio 2025, desde el marco de derechos humanos y salud.

Objetivos específicos

- Conocer la situación actual del acceso al aborto en los ocho estados mediante datos oficiales y entrevistas al personal de salud y acompañantes.
- Documentar, desde el marco de derechos humanos y salud, la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (DAAC) de los SAS en los ocho estados.
- Elaborar recomendaciones dirigidas al Estado para mejorar los servicios de aborto legal en los estados que han despenalizado la interrupción del embarazo.

Modelo de estrategia del ILSB:



Formación

En REDefine, se convocó un proceso interno de selección para elegir quiénes serían las personas investigadoras de cada estado. Posteriormente, el ILSB, con apoyo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Sexual y Reproductiva (CNEGSSR), implementó un proceso de formación presencial, diseñado para brindar herramientas básicas para realizar la investigación.

Acompañamiento

El equipo coordinador de REDefine elaboró los instrumentos para recabar y sistematizar la información de la investigación, recibiendo retroalimentación tanto de las personas investigadoras como del CNEGSSR. Asimismo, se crearon los formatos para la sistematización de datos y acompañó a las personas investigadoras con asesoría técnica y orientación sobre cada paso de la investigación.

Vinculación

Se mantuvo una constante vinculación con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSSR), la Unidad de la Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional responsable de las políticas nacionales en materia de salud sexual y salud reproductiva⁷, que incluye el componente de aborto seguro. También, con el IMSS-Bienestar, institución que proporciona servicios de salud gratuitos a la población sin seguridad social. Ambas instituciones facilitaron el contacto con su personal para lograr las entrevistas.

Además, nos articulamos con organizaciones de la sociedad civil como Balance y Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia, quienes coordinan Fondo MARIA y Ddeser, respectivamente. Esto permitió vincular a las personas investigadoras con acompañantes de dichas organizaciones, así como con otras colectivas locales.

Generación de conocimiento

La sistematización de la información fue elaborada por las personas investigadoras, mientras que el equipo coordinador generó el documento de la investigación. Los ocho estados estudiados fueron seleccionados porque habían despenalizado el aborto hasta junio de 2025 y porque las redes de REDefine tenían presencia territorial, lo que permitió articular el trabajo con acompañantes y colectivas locales.

La muestra fue de tipo *persona experta*, seleccionando a participantes con roles clave en el acceso al aborto seguro: integrantes de colectivas que realizan labores acompañando a mujeres y personas gestantes a servicios de aborto en el sector salud en los estados estudiados; el personal de IMSS-Bienestar que opera esos servicios; así como el personal encargado de coordinar la administración de los SAS en cada estado.

Cada persona investigadora entrevistó a tres personas expertas en su estado: una acompañante de aborto que orienta a usuarias sobre cómo acceder a los servicios del sector salud, una persona responsable de los SAS y una persona con un rol operativo en el IMSS-Bienestar. En total, se realizaron 24 entrevistas, de las cuales 16 fueron presenciales y 8 se realizaron de manera virtual a través de Google Meet, debido a la distancia entre municipios.

Las entrevistas fueron semiestructuradas⁸ y se diseñaron con un guion de preguntas. Para garantizar la comparabilidad de las respuestas, todas las entrevistas utilizaron las mismas preguntas, con mínimas adaptaciones para aclarar que el enfoque estaba centrado en el sector salud. Además, se realizó *observación participante* en una clínica u hospital por estado donde está instalado el SAS. Las personas investigadoras llevaron consigo una guía de observación basada en DAAC para sistematizar la información sobre el funcionamiento del servicio.

Para los datos cuantitativos se consultaron los cubos dinámicos, una herramienta de consulta y construcción de información que, aunque es pública, requiere una instalación específica. Esta fuente proporciona información oficial publicada por la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud. Se incluyó información desde 2020 hasta mayo de 2025, consultando los cubos correspondientes a servicios, egresos y lesiones.



Respecto a los criterios de exclusión, es importante mencionar que en las entrevistas no se incluyeron a acompañantes de aborto que sólo realizan procedimientos autogestivos y no se involucran con el sector salud. Además, en la observación participante, se excluyeron las clínicas que no poseen servicios de aborto seguro.

Consideraciones éticas

- ▶ El proyecto de investigación se socializó con las instituciones y organizaciones involucradas, para hacerlas partícipes de las distintas fases del estudio.
- ▶ Se brindó una retribución económica a las personas investigadoras que participaron en el proyecto.
- ▶ Para el levantamiento de la información, se firmó un consentimiento informado y un aviso de privacidad, en los que se establecía que no se publicarán datos personales de las personas entrevistadas y que sus aportaciones serían tratadas de forma anónima. También se autorizó la grabación de audio de las entrevistas únicamente para fines de transcripción.
- ▶ En la investigación se citó adecuadamente las fuentes utilizadas y se incluyó un agradecimiento a todas las organizaciones e instituciones que contribuyeron al estudio.

Limitaciones

En esta investigación, la observación participante se realizó únicamente en un SAS por estado, localizado en unidades urbanas. Asimismo, se identificó la posibilidad de subregistro en la información reportada en los cubos dinámicos de la DGIS. Finalmente, durante las entrevistas al personal médico se advirtió la posibilidad de que los testimonios compartidos podrían estar atravesados por preocupaciones sobre posibles repercusiones, lo que podría limitar la libertad para proporcionar información.

El equipo coordinador de REDefine elaboró los instrumentos para recabar y sistematizar la información de la investigación, recibiendo retroalimentación tanto de las personas investigadoras como del CNEGSSR. Asimismo, se crearon los formatos para la sistematización de datos.



Estándares normativos y definiciones relevantes

Hitos del aborto legal en México

	2007 Despenalización en Ciudad de México.
2011 La SCJN avala la constitucionalidad de la despenalización del aborto en la Ciudad de México.	2016 Reforma a la NOM-046-SSA2-2005: se elimina el requisito de presentar una denuncia para acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).
2019 Despenalización en Oaxaca.	2021 Sentencias de la SCJN: se declara inconstitucional criminalizar el aborto; la objeción de conciencia (OC) no debe obstaculizar el acceso a este servicio; y la protección de la vida desde la fecundación no puede imponerse por encima de los derechos. Despenalización en Coahuila, Hidalgo, Veracruz, Baja California y Colima
2022 Despenalización en Sinaloa, Guerrero, Baja California Sur y Quintana Roo. Decreto para la creación del IMSS-Bienestar.	2023 Despenalización en Aguascalientes. Sentencia de la SCJN: las instancias federales de salud deben garantizar servicios de aborto.
2024 Despenalización en Puebla, Jalisco, Michoacán, San Luis Potosí, Zacatecas, Estado de México y Chiapas.	2025 Despenalización en Nayarit, Chihuahua, Campeche, Yucatán y Tabasco.



Foto: Archivo ILSB.

La libertad reproductiva está reconocida en acuerdos internacionales que México ha ratificado, como el Programa de Acción de la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo celebrada en El Cairo (1994), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing (1995) y el Consenso de Montevideo (2013). En México, se reconoce en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

A la fecha, agosto de 2025, el aborto por voluntad es legal en 24 estados, al menos dentro de las primeras 12.6 semanas de gestación. El primer estado en despenalizar el aborto fue la Ciudad de México, entonces Distrito Federal. De acuerdo con la Secretaría de Salud capitalina, desde 2007 y hasta junio de 2025 se han brindado servicios de aborto a 290 090⁹ mujeres y personas con capacidad de gestar provenientes de todo el país.

Pasaron doce años para que los movimientos sociales lograran que el aborto se despenalizara en más estados, iniciando por Oaxaca en 2019. En septiembre del 2021, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) resolvió tres Acciones de Inconstitucionalidad (AI) relacionadas al aborto. La primera, AI 148/2017¹⁰, respecto al Código Penal de Coahuila, declaró inconstitucional criminalizar el aborto. Esto significó que todas y todos los jueces del país —fede-

rales y locales— debían acatar este fallo y no sentenciar ni encarcelar a mujeres o personas con capacidad de gestar por abortar. La segunda, AI 54/2018¹¹, sobre objeción de conciencia, derivó en una modificación de la Ley General de Salud para garantizar que esta no obstaculice el acceso a servicios de interrupción del embarazo. Finalmente, la tercera, AI 273/2021¹², relativa a la protección de la vida desde la fecundación, estableció que “esa protección no puede desconocer los derechos de las mujeres y personas gestantes a la libertad reproductiva y, en particular, su derecho a interrumpir el embarazo en determinados supuestos”.

En 2023, a través del amparo en revisión 267/2023¹³, la SCJN resolvió que las normas federales que criminalizan el aborto voluntario son contrarias a los derechos humanos y ordenó al Congreso de la Unión eliminarlas del Código Penal Federal. La resolución estableció, por un lado, que la criminalización del aborto va en contra del derecho a decidir de las mujeres y personas con capacidad de gestar y, por otro, que la criminalización del personal de salud que realiza abortos genera discriminación e impacta directamente en el sistema de salud. Con la modificación del Código Penal Federal, las instituciones de salud federales —como el IMSS, el ISSSTE y PEMEX— deberán garantizar la interrupción voluntaria del embarazo y contar con rutas claras de atención para brindar este servicio.

Estas resoluciones no significan que el aborto se haya despenalizado en todo el país. Hacen falta reformas en los códigos penales estatales, en las leyes de salud y, sobre todo, voluntad política para que este derecho sea efectivamente garantizado. Además, la despenalización no es sinónimo de acceso a los servicios de salud.

La SCJN reconoce que el aborto es un tema de derechos humanos, ya que está relacionado con el derecho a la salud, la vida, la privacidad, una vida libre de violencia, la dignidad humana, la autonomía, el libre desarrollo de la personalidad y la laicidad. En su histórica sentencia de 2023, resolvió que el Congreso Federal debe eliminar el delito de aborto del Código Penal Federal, al considerar que su criminalización vulnera estos derechos y empuja a las mujeres y personas con capacidad de gestar a la clandestinidad, poniendo en riesgo su vida y su salud.

La SCJN subraya la obligación del Estado de proteger y garantizar el derecho a la salud mediante sistemas políticos que incluyan leyes, ordenamientos y medidas que velen por el acceso equitativo a los servicios de salud. Esto implica adoptar acciones positivas para promover, mantener,

restablecer y hacer plenamente efectivo este derecho en las comunidades, considerando la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud.

El Estado debe garantizar el acceso oportuno, razonable y equitativo de las mujeres y de las personas con capacidad de gestar a los servicios de interrupción de embarazo, a fin de evitar que una decisión personalísima y autónoma afecte adversamente su salud y coloque en riesgo su bienestar físico, mental o social, como resultado de una práctica inadecuada o peligrosa ^(13, p.40 y 41)

Como parte del derecho a la protección de la salud, resulta fundamental la posibilidad de decidir si se desea o no convertirse en madre o persona gestante, incluyendo la opción de continuar o interrumpir un proceso de gestación”¹³.

Acorde al Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México, la falta de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, junto con la poca disposición del personal médico para realizar procedimientos de aborto en el sistema público, contribuyen a las altas cifras de mortalidad materna por abortos inseguros en el país , lo que constituye un grave problema de salud pública.

Adicional a todos los cambios jurídicos y legislativos que han sucedido respecto al aborto, el sistema de salud ha estado en constante transformación a nivel nacional. Para atender a la población sin seguridad social, se han implementado distintos programas: el Seguro Popular, creado en 2000¹⁴ y eliminado en 2018; el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), creado en 2019 y abrogado con la creación del IMSS-Bienestar en 2022¹⁵. Este modelo de salud aún se encuentra en proceso de instalación y comprensión, incluso para quienes laboran en el ámbito de la salud.

Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México

Los criterios de normatividad para la investigación también se guiaron por el Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México. Este documento:

Establece los criterios básicos de atención en las unidades de salud para que las mujeres y personas con capacidad de gestar, incluyendo niñas y adolescentes, que requieran servicios de aborto seguro dentro del territorio nacional, tengan acceso a una atención oportuna, resolutive e integral, basada en las directrices y recomendaciones internacionales con la mejor evidencia científica disponible, con perspectiva de género y de derechos humanos ^(1, p.10).

Los ejes transversales del lineamiento son los derechos humanos, la perspectiva de género, la interculturalidad, las juventudes y la justicia reproductiva. Además, define algunos conceptos relevantes para esta investigación:

Aborto: “Es la terminación, espontánea o inducida, de un embarazo antes de las 22 semanas completas de gestación o cuando el producto pesa menos de 500 gramos...” ^(1, p.1).

Aborto inducido: Pérdida intencional de un embarazo intrauterino por medios médicos o quirúrgicos, que no tiene la intención de resultar en un nacimiento vivo¹⁶.

Aborto seguro: Se considera un procedimiento y una intervención sanitaria no compleja cuando se atiende con los métodos recomendados por la propia organización, por personal capacitado y que son apropiados para la edad gestacional. Así, los servicios de aborto seguro incluyen el abordaje del aborto espontáneo (incompleto, inevitable, diferido y sus complicaciones) e inducido (en embarazos viables y no viables) y comprenden el uso de tecnologías como medicamentos y aspiración endouterina, la competencia técnica de equipos multidisciplinarios, el manejo del dolor durante el procedimiento y la anticoncepción post-aborto ^(1, p.1).

Interrupción Legal del Embarazo (ILE): Es aquella interrupción del embarazo que se realiza a simple demanda de la persona usuaria en ejercicio de su autonomía reproductiva. En México, la atención médica está protegida por el marco legal en cada entidad federativa que ha reformado su legislación en la materia ^(1, p.3).

Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE): Es la interrupción del embarazo con base en el derecho de las víctimas de violencia sexual, de acuerdo con la Ley General de Víctimas y la NOM-046-SSA2-2005 ^(1, p.3).

Servicio de Aborto Seguro (SAS): Aquellos espacios que se implementan como parte del Objetivo prioritario 5 del Componente de Aborto Seguro, del Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva ^(1, p.4).

Componentes básicos del derecho a la salud: DAAC

La presente investigación se basó en los criterios DAAC —Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad—, que permiten evaluar integralmente los Servicios de Aborto Seguro desde un enfoque de derechos humanos y salud. Estas categorías fueron establecidas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el año 2000, a través de la Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), que señala que los Estados deben otorgar servicios de salud con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad¹⁷.

Disponibilidad

“Cada Estado parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas” ^(17, p.4). Este criterio se refiere a la existencia de establecimientos de salud con personal y equipamiento que realice abortos seguros y efectivos, ya sean procedimientos médicos o quirúrgicos¹⁸.

A nivel internacional —según lo establecido por la OMS en la Política sobre el Personal de Salud 2030: Fortalecimiento de los Recursos Humanos para la Salud a fin de lograr Sistemas de Salud Resilientes¹⁹— en América Latina se requieren 44.5 profesionales de la salud por cada 10 000 habitantes para garantizar el acceso universal a la salud. En México, la Ley General de Salud (artículos 6, 7 y 27) dispone que la atención debe estar disponible y accesible para toda la población, con establecimientos cercanos, personal suficiente e infraestructura adecuada. En el caso del aborto, las *Directrices sobre la Atención del Aborto*²⁰ de la OMS recomiendan el uso de medicamentos en las primeras semanas de gestación, mediante un procedimiento ambulatorio. Esta práctica amplía el acceso desde el primer nivel de atención y reduce la necesidad de intervenciones quirúrgicas.

Accesibilidad

“Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte” ^(17, p.5). Esto se refiere a la distancia geográfica y al costo de los servicios de aborto, así como si los servicios de aborto se prestan sobre una base no discriminatoria y con información adecuada.

Los establecimientos que realizan abortos deben estar dentro del alcance físico seguro de las personas usuarias; la OMS recomienda que no se ubiquen a más de dos horas de viaje¹⁸. En cuanto a la asequibilidad, se establece que las mujeres y personas con capacidad de gestar puedan acceder a los servicios legales de aborto sin importar sus recursos económicos. La OMS enfatiza que nunca debe negarse o retrasarse un procedimiento por falta de capacidad de pago.

Asimismo, el acceso incluye la disponibilidad de información sobre los servicios y el derecho a recibir asesoramiento en el proceso de decisión. Este acompañamiento debe ser siempre voluntario, confidencial y libre. Tanto el aborto como la atención postaborto deben brindarse en todo momento libres de discriminación¹⁷.

La Ley General de Salud²¹ en México establece la gratuidad, universalidad, igualdad e inclusión de los servicios de salud y medicamentos en sus artículos 35 y 77 bis 1. Asimismo, el artículo 51 bis 1 reconoce el derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como a que esta se brinde en su lengua a los pueblos y comunidades indígenas.

Es importante que los servicios sean accesibles de forma física y cuenten con materiales e información en braille, tal como lo establece la Norma Oficial Mexicana Nom-015-SSA3-2012²² para la Atención Integral a Personas con Discapacidad. Por su parte, los Lineamientos interculturales para el diseño y operación de los y programas de salud²³ disponen que “cualquier intervención o atención por parte del personal de salud se debe realizar con el consentimiento informado, previo y adecuado [...] el proceso se realizará también en su lengua indígena o lengua de señas”.

Para garantizar el acceso a la salud de las personas migrantes, la Ley de Migración²⁴ menciona que “la prestación de servicios de salud que se otorgue a los extranjeros se brinde sin importar su situación migratoria y conforme a las disposiciones jurídicas aplicables”. En este marco, el *Plan Integral de*

*Atención a la Salud de la Población Migrante*²⁵ y la *Guía de Atención para la Salud de Niñas, Niños y Adolescentes en Contexto de Movilidad Humana*²⁶ abordan la importancia de favorecer el acceso a la atención médica, incluyendo la psicológica, sin importar la condición migratoria. Imponer alguna condición o solicitar algún requisito relacionado con su estatus migratorio exacerbará las vulnerabilidades existentes y reducirá las posibilidades de que continúen el proceso de atención o se acerquen de nueva cuenta a los servicios de salud.

El Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro señala lo siguiente:

... los servicios deben estar disponibles a nivel de la atención primaria, con sistemas de derivación implementados para todo tipo de atención [...] teniendo como base las necesidades sanitarias y desde un enfoque de derechos humanos que garantice los derechos sexuales y reproductivos ^(27, p.44).

Por último, la NOM 016-SSA3-201 establece que los establecimientos de salud deben contar con la señalización necesaria para identificar claramente las áreas y servicios de uso público destinados a la atención médica.

Aceptabilidad

“Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate” ^(17, p.5). En concordancia, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica sustenta la ética médica y el trato respetuoso y digno por parte de profesionales, técnicos y auxiliares en sus artículos 9 y 38.

Acorde a las directrices de la OMS sobre el aborto, es más probable que las personas usuarias encuentren un método de aborto —médico o quirúrgico—

aceptable si lo han elegido ellas mismas, por lo que asegurar que sea incluida e informada en el proceso de toma de decisiones es una forma de asegurar la aceptabilidad¹⁸.

La NOM-046-SSA2-2005, Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres establece que “las instituciones públicas de atención médica deberán contar con médicos y enfermeras capacitados no objetores de conciencia. Si en el momento de la solicitud de atención no se pudiera prestar el servicio de manera oportuna y adecuada, se deberá referir de inmediato a la usuaria, a una unidad de salud que cuente con este tipo de personal y con infraestructura de atención con calidad”²⁸.

También, estipula que brindar “atención integral, al manejo médico y psicológico de las consecuencias para la salud de la violencia familiar o sexual, así como los servicios de consejería y acompañamiento”. Asimismo, indica que “las instituciones de salud deberán propiciar la coordinación o concertación con otras instituciones, dependencias y organizaciones del sector público, social y privado, para realizar una oportuna canalización de las personas involucradas en violencia familiar o sexual, a fin de que, en el ámbito de sus respectivas competencias, se proporcione atención médica, psicológica, legal, de asistencia social u otras”.

Además, en la misma norma se describe que “en caso de embarazo por violación, las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica, deberán prestar servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por ley, conforme a lo previsto en las disposiciones jurídicas de protección a los derechos de las víctimas, previa solicitud por escrito bajo protesta de decir verdad de la persona afectada de que dicho embarazo es producto de violación; en caso de ser menor de 12 años de edad, a solicitud de su padre y/o su madre, o a falta de éstos, de su tutor o conforme a las disposiciones jurídicas aplicables. El personal de salud que participe en el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo no estará obligado a verificar el dicho de la solicitante, entendiéndose su actuación, basada en el principio de buena fe a que hace referencia el artículo 5, de la Ley General de Víctimas”²⁸.

Asimismo, en cuanto a la confidencialidad, se establece que “realizar entrevista dirigida a la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual, en un clima de confianza, sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando confidencialidad...”²⁸.

Los Lineamientos interculturales para el diseño y operación de programas de salud mencionan la prohibición de cualquier tipo de discriminación en

los Servicios de Salud. Con la población usuaria, se deberá establecer una convivencia pacífica basada en el respeto y reconocimiento a la diversidad cultural, religiosa, de género, sexual respetando siempre los derechos humanos [...]”²⁸.

Es importante resaltar que “los proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la atención para el aborto, deben de tener en cuenta las necesidades de todas las personas y proporcionales la misma atención; la identidad de género o su expresión no deben dar lugar a discriminación”²⁹ y que “el derecho a decidir se construye sobre la igualdad de género que supone la eliminación de los estereotipos que pueden asignarse a la mujer o a las personas con capacidad de gestar en relación con el disfrute del derecho a la sexualidad”³⁰.

Calidad

“Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas” (17, p.6).

En este sentido, para que el aborto y la atención postaborto sean científica y médicamente apropiados, se requiere personal de salud calificado que pueda realizarlos de acuerdo con los métodos recomendados por la OMS, así como atender posibles complicaciones. También es indispensable contar con el equipamiento necesario y con condiciones de salud básicas, como el acceso a agua potable¹⁸.

La NOM 016-SSA3-2012 establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, garantizando disponibilidad y calidad del agua³¹.

El Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro menciona que se debe “establecer estrategias de capacitación constante al personal de unidades médicas en las que se identifique el uso de tecnologías no seguras, deficiencias en el registro de atenciones, inquietudes relacionadas con el marco jurídico o con el abordaje clínico, consejería o sensibilización en la atención del

aborto seguro. Las estrategias pueden dirigirse a los siguientes perfiles: personal directivo, jurídico, administrativo, médico, de enfermería, atención médica y las áreas involucradas en la atención directa e indirecta. Se recomienda priorizar la capacitación constante al personal que brinda atención directa”¹.

Por otro lado, en lo referente a la vinculación con otros servicios de salud sexual y reproductiva, el lineamiento técnico reconoce la importancia de identificar necesidades que se puedan atender desde otros servicios de la red de salud sexual y reproductiva. Entre los servicios de referencia se encuentran¹:

- ▶ Servicios amigables para adolescentes.
- ▶ Atención especializada a la violencia de género y sexual.
- ▶ Prevención y control del VIH, sida e infecciones de transmisión sexual.
- ▶ Detección y atención del cáncer de cuello uterino y de mama.
- ▶ Ginecología y obstetricia para la evaluación del riesgo preconcepcional e infertilidad.
- ▶ Anticoncepción y planificación familiar.
- ▶ Atención a adicciones
- ▶ Salud mental.

Por último, en cuanto a la disponibilidad de insumos médicos, el lineamiento técnico reconoce que “Con base en la sólida evidencia proporcionada por la OMS, el legrado uterino instrumental actualmente es obsoleto, [...] se asocia a mayores costos para el sistema de salud por el requerimiento de un ambiente quirúrgico y manejo anestésico especializado; conlleva mayor riesgo de complicaciones, tales como las asociadas al procedimiento anestésico, laceraciones cervicales, perforación uterina y el desarrollo de sinequias uterinas o síndrome de Asherman”. Por ello, se recomienda el uso de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y medicamentos como el misoprostol y la mifepristona¹.

Hallazgos generales ¿Qué cambios ha generado la despenalización?



Foto: Archivo ILSB.

La despenalización del aborto ha generado cambios diferenciados entre los estados. Durante las entrevistas se mencionaron algunos de ellos:

- ▶ **Ciudad de México:** Con más de 18 años de programa, el servicio se ha normalizado dentro de la oferta de salud, con mayor aceptación social y del personal sanitario. Además, sigue recibiendo a un alto número de personas usuarias provenientes de otros estados.
- ▶ **Estado de México:** El personal de salud reporta mayor seguridad legal, capacitación y disminución de la objeción de conciencia, aunque

persisten retos, mientras que las acompañantes señalan ausencia de infraestructura específica y difusión insuficiente.

- ▶ **Guerrero:** Se observa apertura de más unidades y procesos de capacitación, aunque persisten desigualdades en las regiones rurales.
- ▶ **Michoacán:** A partir de la despenalización, la población comienza a informarse sobre el derecho, y el personal de salud muestra mayor interés y sensibilización; sin embargo, los avances son todavía incipientes.
- ▶ **Nayarit:** A nivel social, se perciben cambios significativos, ya que se habla más sobre el acceso al aborto, aunque persiste la resistencia de grupos conservadores y religiosos.
- ▶ **Puebla:** El tema ha dejado de ser tabú y se discute abiertamente; la demanda ha aumentado, pero persisten obstáculos como la omisión de información y la presencia de grupos antiabortistas en hospitales.
- ▶ **Quintana Roo:** Se han observado cambios notorios, con un aumento en la atención directa y reducción de casos de abortos incompletos tratados como urgencias.
- ▶ **Veracruz:** El proceso implicó amplia capacitación y negociación frente a la objeción de conciencia; si bien se ampliaron los servicios hospitalarios, la transición al IMSS-Bienestar ha frenado avances y reducido la claridad operativa

Uno de los aspectos más recurrentes en todos los estados es la disparidad entre la cobertura institucional reportada, la reconocida por acompañantes, por el personal de salud y la efectiva en la prestación de servicios.

5.1 Disponibilidad



Foto: Archivo LSB.

Centros de salud que brindan el servicio de aborto por institución en cada estado

Uno de los aspectos más recurrentes en todos los estados es la disparidad entre la cobertura institucional reportada, la reconocida por acompañantes, por el personal de salud y la efectiva en la prestación de servicios. Aunque en el Directorio de Servicios de Aborto Seguro³² se presenta un total 24 servicios para los ocho estados, las entrevistas con acompañantes y personal de salud revelan una red más amplia, aunque con información discordante según cada persona entrevistada. La cantidad máxima de servicios mencionada en las entrevistas por estado fue la siguiente: Ciudad de México, 15 unidades; Estado de México, 17; Guerrero, 14; Michoacán, 11; Nayarit, 4; Puebla, 14; Quintana Roo, 10; y Veracruz, 7. Asimismo, los datos de la DGIS muestran que se brinda atención en centros que no figuran en el directorio; al mismo tiempo, en algunos centros incluidos en el directorio no se registra ninguna atención de aborto.

Instituciones públicas que ofrecen el servicio

En todos los estados analizados, la Secretaría de Salud y el IMSS-Bienestar se identificaron como actores clave en la prestación de los servicios de aborto. Sin embargo, en algunos estados se señaló que aún se encuentra en proceso la transferencia de unidades de la Secretaría de Salud al IMSS-Bienestar, por lo que ahora la implementación corresponderá a este último.

Aunque el ISSSTE aparece en el *Directorio de Servicios de Aborto Seguro*³² y en seis de los ocho estados fue mencionado en las entrevistas como parte de la oferta de servicios, su operación es limitada a ciertas clínicas u hospitales. Debido a su reciente incorporación, aún no está ampliamente difundido, por lo que la Secretaría de Salud y el IMSS-Bienestar han continuado atendiendo a los derechohabientes de esta institución.

Además, existen casos particulares de instituciones estatales que también ofrecen el servicio, como el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP) y algunas unidades del IMSS Ordinario en Puebla. Sin embargo, en las entrevistas se indicó que, de manera general, instituciones como IMSS Ordinario, SEDENA, SEMAR y PEMEX no brindan atención de aborto a sus derechohabientes.

Centros de salud suficientes

En Ciudad de México, la atención de los servicios de aborto se ha impulsado a través de clínicas especializadas para brindar este servicio³³, a diferencia del resto de los estados, que los han incorporado a sus unidades de servicios habituales. En términos generales, las personas entrevistadas de los ocho estados mencionaron que en sus estados no se cuenta con suficientes centros de salud que brinden el servicio de aborto para cubrir el territorio de todos sus municipios o alcaldías. Además, los estados también difieren en cuanto al tipo de unidades que prestan el servicio: primer nivel (centros de salud con atención ambulatoria), segundo nivel (hospitales) y tercer nivel (hospitales de alta especialización), lo cual influye directamente en la accesibilidad del servicio.

El lineamiento técnico menciona que los servicios, al ser ambulatorios, deben estar disponibles desde el primer nivel de atención y contar con la posi-

bilidad de derivar a niveles superiores en casos específicos. Si bien estados como Ciudad de México, Estado de México, Guerrero y Nayarit disponen de unidades en primer, segundo y tercer nivel, en otros estados, como Michoacán, Veracruz, Puebla y Quintana Roo, predomina la atención únicamente en hospitales de segundo o tercer nivel, lo que puede dificultar el acceso al servicio.

Personal suficiente

En las entrevistas realizadas en todos los estados se señaló que el personal disponible es insuficiente; en varios de ellos incluso se reportó escasez de personal para los servicios de salud en general, debido a la alta demanda. Además, la objeción de conciencia se identificó como un factor transversal que reduce significativamente la disponibilidad efectiva de personal para realizar abortos. En muchos centros, solo un pequeño porcentaje del personal se declara no objetor, lo que hace que el acceso dependa de la disponibilidad de unos pocos profesionales.

Además, debido a que la capacitación se focaliza en el personal de los SAS las rotaciones y sustituciones pueden dar lugar a que llegue personal insuficientemente capacitado. Por ejemplo, en Ciudad de México, a pesar de contar con un gran número de unidades, las entrevistas revelaron que la rotación y las vacaciones del personal afectan la cobertura del servicio con profesionales sensibilizados.

En las entrevistas con personal de salud de los estados se señaló que la falta de personal capacitado genera dependencia de un número muy reducido de médicos no objetores, lo que provoca que la atención se concentre en pocas unidades, saturándolas y dificultando una cobertura oportuna, especialmente en estados con gran extensión geográfica.

El lineamiento técnico establece que el procedimiento puede ser realizado por personal de medicina general y que, únicamente en casos con comorbilidades, factores de riesgo o una edad gestacional que impida el manejo ambulatorio, debe intervenir personal especializado de ginecología. Sin embargo, en entrevistas se señaló que muchas veces el personal médico solo llega hasta el proceso de la consejería y que, aunque tiene la competencia profesional, “no se atreve” a dar el tratamiento y canaliza a ginecología.

Asimismo, se señaló que no se cuenta con personal suficiente con especialidad en ginecología y obstetricia, ya que no hay profesionales disponibles en todos los turnos y, en ocasiones, no hay ninguno en zonas alejadas de Puebla, Michoacán, Guerrero, Estado de México y Veracruz. Esta situación limita la prestación del servicio y dificulta la atención oportuna en casos que requieren intervención quirúrgica o manejo más complejo.

Insumos y medicamentos suficientes

Entre los insumos y medicamentos necesarios se incluyen la mifepristona y el misoprostol, recomendados por la OMS como estándar de oro para el aborto con medicamentos. Estos fármacos también forman parte de la lista de medicamentos esenciales de la OMS y del cuadro básico de medicamentos en México¹.

Asimismo, se requiere el equipo para realizar la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o la Aspiración Eléctrica Endouterina (AEEU), así como la posibilidad de contar con estudios complementarios, como ultrasonidos o análisis de laboratorio, y medicamentos para el manejo del dolor y anticonceptivos postaborto.

Las entrevistas revelaron que el desabasto de medicamentos es un problema transversal en la mayoría de las entidades, aunque con distintos niveles de severidad. Si bien algunos centros de salud, como los de Ciudad de México, reportan disponibilidad general de medicamentos, esta no es constante y se han registrado episodios de escasez, especialmente de mifepristona. En casos más críticos, como en Estado de México, Guerrero y Veracruz, se reporta una escasez generalizada de medicamentos, incluyendo misoprostol y mifepristona, lo que constituye una barrera significativa para garantizar el acceso efectivo a los servicios.

Otro patrón común mencionado en las entrevistas es la afectación derivada de la transición hacia el modelo IMSS-Bienestar, que ha generado vacíos temporales en la dotación de insumos por razones de coordinación. El problema no se relaciona necesariamente con la disponibilidad de los medicamentos, sino con retrasos logísticos, redistribución de competencias y cambios en los mecanismos de adquisición y entrega.

Además, se identificó un problema adicional relacionado con el subregistro de procedimientos, que afecta la planeación y distribución de insumos por

parte de las instancias administrativas correspondientes. En varias entidades, las entrevistadas señalaron que el estigma asociado al aborto puede influir negativamente en la priorización del abasto de medicamentos; incluso se mencionó que este servicio no recibe la misma prioridad presupuestal que otros temas, lo que repercute directamente en la planificación del suministro.

Ante el desabasto, en estados como Nayarit y Michoacán, el personal médico mencionó recurrir a soluciones alternativas como dar el esquema sólo de misoprostol, la derivación a otras unidades o la emisión de recetas para que las personas usuarias adquieran los medicamentos por cuenta propia. En varios estados, como Puebla, Ciudad de México y Nayarit, se destacó la necesidad de adquirir y renovar los equipos de ultrasonido para mejorar la atención. En algunos lugares no cuentan con estos aparatos y, en otros, solo disponen de uno para toda la unidad de salud, lo que genera una alta demanda y limita su disponibilidad.

*... en todos los estados se
señaló que el personal disponible es
insuficiente; en varios de ellos incluso
se reportó escasez de personal ...
Además, la objeción de conciencia se
identificó como un factor transversal
que reduce significativamente
la disponibilidad.*

5.2 Accesibilidad

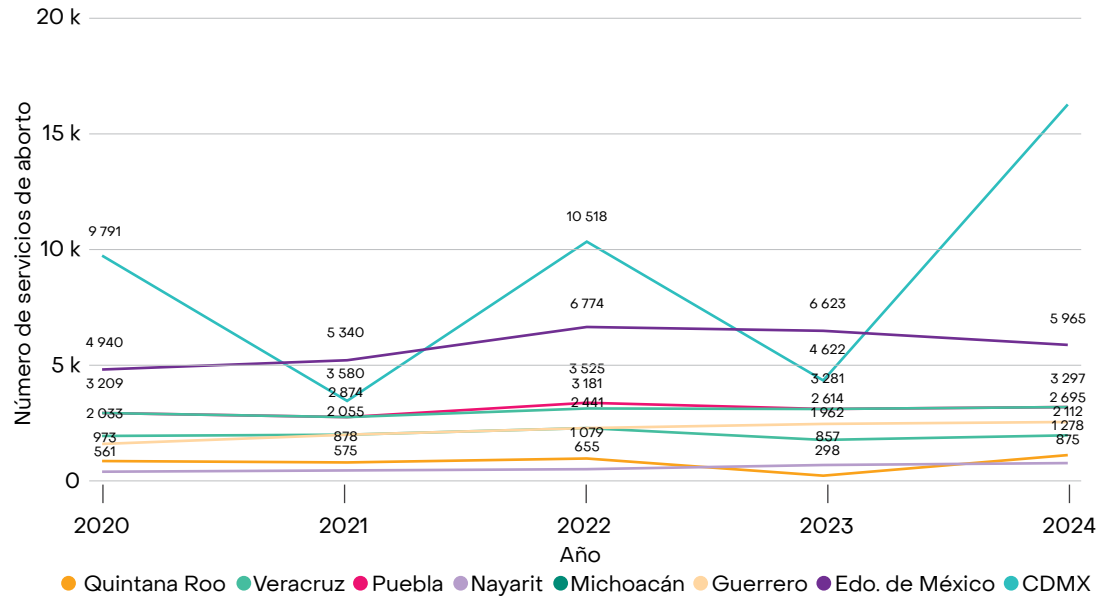


Foto: Archivo ILSB.

Dentro de la investigación se recopilaban los datos de abortos totales practicados entre 2020 y 2025 en el sector salud. Estos incluyen las claves *aborto espontáneo* (CIE-O03), *aborto médico* (CIE-O04), *otro tipo de aborto* (CIE-O05), *aborto no especificado* (CIE-O06), *complicaciones consecutivas al aborto* (CIE-O08), y *extracción menstrual* (Z-30.3). Los datos sobre abortos registrados en los estados seleccionados muestran una tendencia general al alza, con variaciones significativas.

La Ciudad de México se mantiene como el principal punto de acceso, concentrando el mayor número de casos, con un pico en 2024 (16 500 abortos). Estados como Guerrero, Puebla, Nayarit y Veracruz también muestran incrementos sostenidos. Entidades como Michoacán y Veracruz presentan cifras más estables. Quintana Roo destaca por su variabilidad interanual. En general, 2024 representa el año con más abortos registrados en la mayoría de las entidades. El 2021, seguido por 2023, son los años con menores servicios registrados.

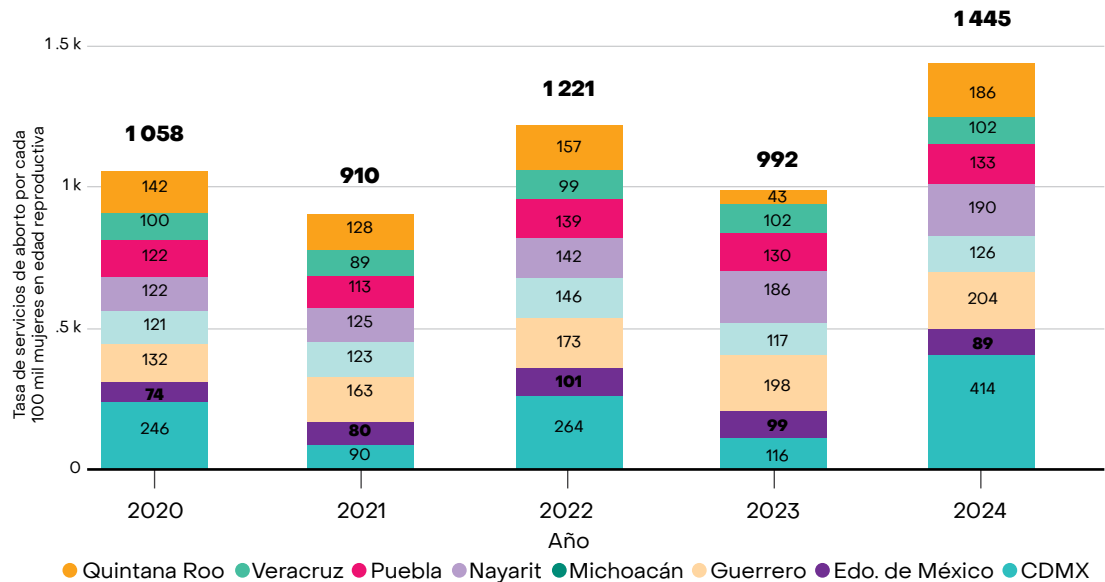
Total de abortos en cada estado por año, 2020-2024



Fuente: Elaboración propia con datos de los cubos de egresos y servicios de cubos dinámicos, de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Recupera todos los abortos atendidos en el país por el sector salud, incluyendo los códigos CIE O03, O04, O05, O06, O08 y Z30.03. Consultado en junio de 2025.

Entre 2020 y 2024, la tasa de servicios de aborto por cada 100 000 mujeres en edad reproductiva presentó variaciones significativas entre los ocho estados. La Ciudad de México mostró las fluctuaciones más marcadas, con una fuerte caída en 2021 y un repunte notable en 2024, lo que la situó como la entidad con la tasa más alta. Guerrero y Nayarit evidenciaron un crecimiento sostenido durante el periodo, mientras que Michoacán y Puebla se mantuvieron relativamente estables, con leves incrementos. Quintana Roo tuvo un comportamiento irregular, con un desplome atípico en 2023 seguido de un repunte en 2024. En contraste, el Estado de México y Veracruz conservaron tasas más bajas y estables en comparación con el resto.

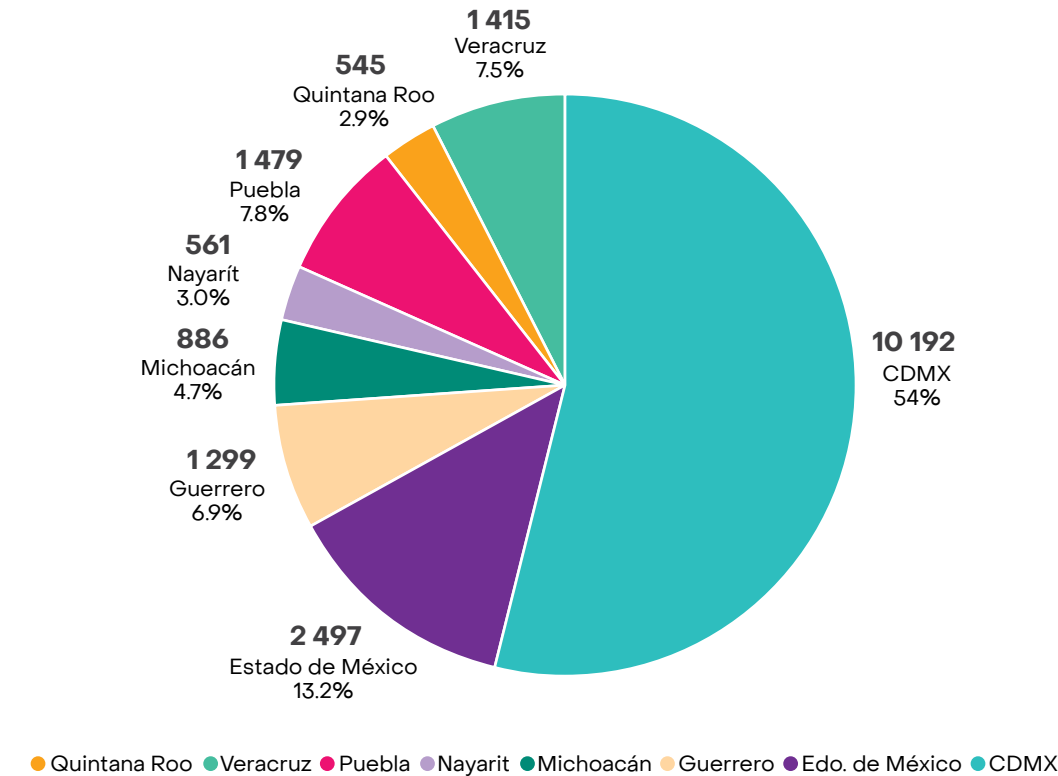
Tasa de abortos en cada estado por año, 2020-2024



Fuente: Elaboración propia con datos de los cubos de egresos y servicios de cubos dinámicos, de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Recupera todos los abortos atendidos en el país por el sector salud, incluyendo los códigos CIE O03, O04, O05, O06, O08 y Z30.03. Se contrasta con la población de mujeres en edad reproductiva de 15 a 49³⁴ años de INEGI 2020. Consultado en junio de 2025.

En los primeros cinco meses de 2025, se registraron un total de 18 874 abortos en los ocho estados. La Ciudad de México concentró la mayoría de los casos (10 192), lo que representa el 54 % del total entre estas entidades. Le siguen el Estado de México (2 497 abortos, 13.2 %), Puebla (1 479, 7.8 %) y Veracruz (1 415, 7.5 %). Guerrero (1 299, 6.9 %), Michoacán (886, 4.7 %), Nayarit (561, 3 %) y Quintana Roo (545, 2.9 %) presentan porcentajes más bajos, pero siguen siendo relevantes dentro del contexto regional. Esto sugiere una tendencia de crecimiento o sostenimiento en el acceso al aborto legal en distintas partes del país, con una fuerte concentración en la capital, pero con participación creciente en otras regiones.

Abortos totales, de enero a mayo del 2025

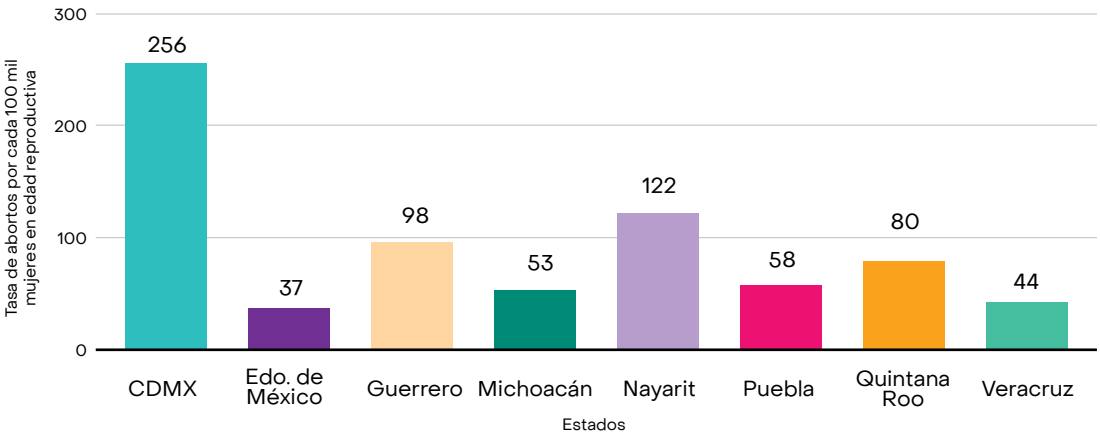


Fuente: Elaboración propia con datos de los cubos de egresos y servicios de cubos dinámicos, de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Recupera todos los abortos atendidos en el país por el sector salud, incluyendo los códigos CIE O03, O04, O05, O06, O08 y Z30.03. Consultado en junio de 2025.

Entre los estados se observa una marcada variabilidad en las tasas de interrupciones legales del embarazo por cada 100 000 mujeres en edad reproductiva entre 2020 y 2024. La Ciudad de México presenta la tasa más alta, con 256 abortos. Estados como Nayarit (122), Guerrero (98) y Quintana Roo (80) muestran tasas intermedias, lo que indica avances en la accesibilidad, aunque aún por debajo del nivel observado en la capital. En contraste, el Estado de México (37), Veracruz (44) y Michoacán (53) presentan tasas significativamente más bajas.

Tasa de servicios de aborto en 2025

Enero-mayo 2025

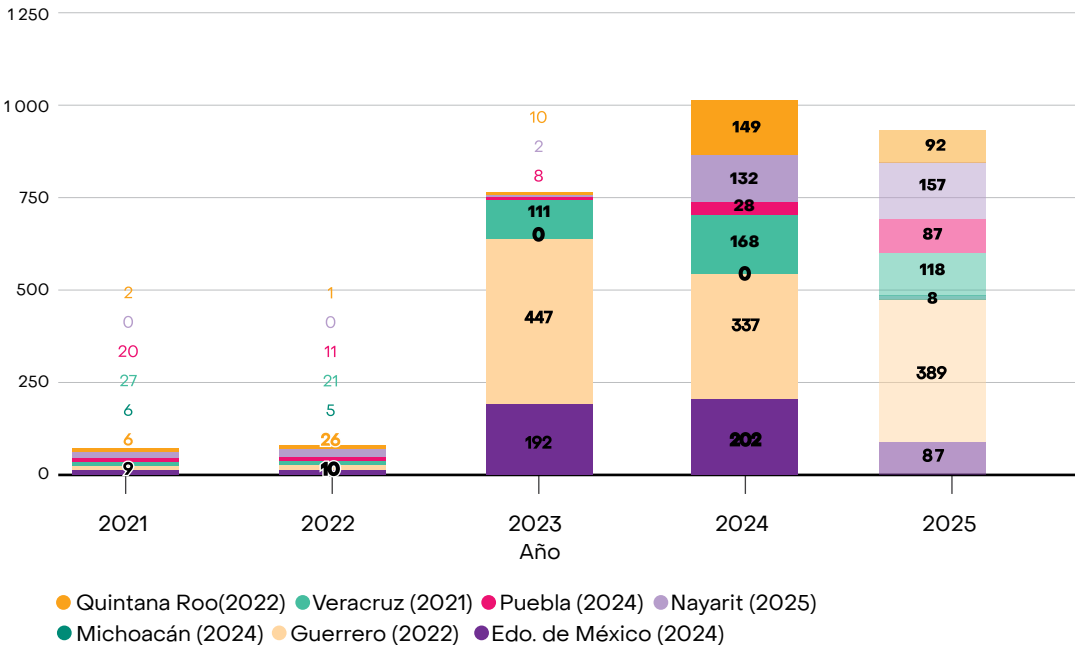


Fuente: Elaboración propia con datos de los cubos de egresos y servicios de cubos dinámicos, de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Recupera todos los abortos atendidos en el país por el sector salud, incluyendo los códigos CIE O03, O04, O05, O06, O08 y Z30.03. Se contrasta con la población de mujeres en edad reproductiva de 15 a 49⁴⁰ años de INEGI 2020. Consultado en junio de 2025.

Analizando los siete estados de esta investigación que han despenalizado el aborto recientemente, entre 2020 y 2025, —dejando fuera a Ciudad de México— se observan patrones de crecimiento en abortos inducidos, ya sea por ILE, IVE o causales, desde el año en que reformaron su legislación.

En la etapa inicial de la despenalización, Veracruz (2021), Guerrero (2022) y Quintana Roo (2022) registraron cifras muy bajas que aumentan con fuerza en los años posteriores. Por ejemplo, el salto de Guerrero de 26 casos en 2022 a 447 en 2023, o el de Quintana Roo de 1 caso en 2022 a 149 en 2024. Estados que legalizaron más tarde, como Puebla, Estado de México y Nayarit, también evidencian un repunte notable tras la reforma: Puebla pasó de 8 casos en 2023 a 87 en 2025, el Estado de México alcanzó su máximo en 2023 con 192 casos, y Nayarit pasó de no tener registros antes de 2023 a 157 casos en lo que va de 2025. La falta de datos de Michoacán dificulta su análisis. En general, la gráfica refleja que la legalización suele ir seguida de un aumento inicial considerable en los casos reportados, aunque en algunos estados hay descensos o estabilizaciones después del pico.

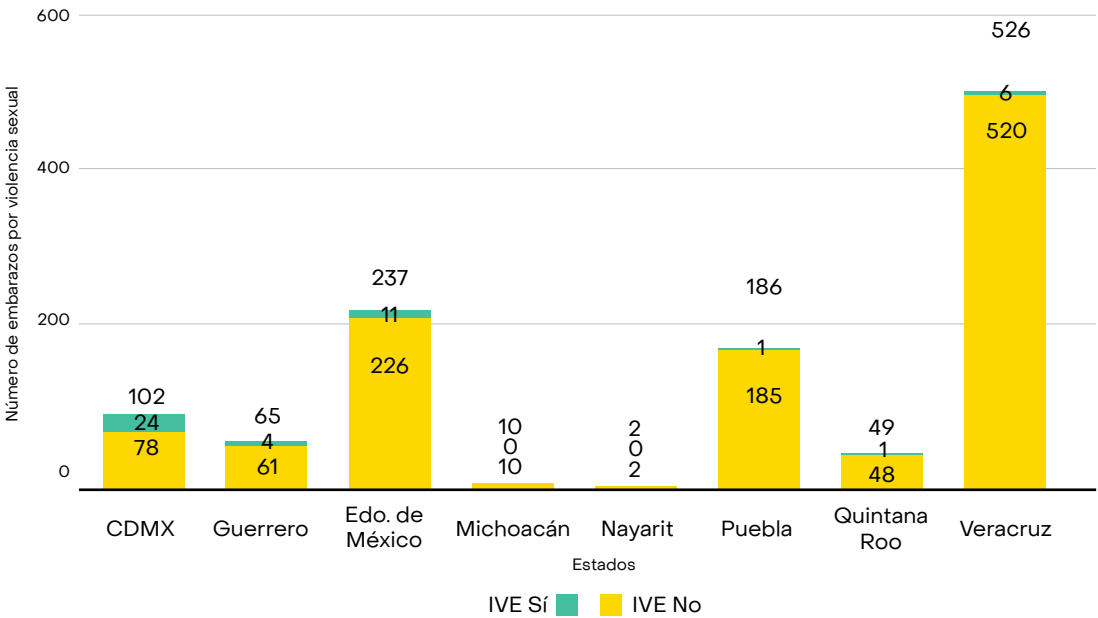
Abortos inducidos en 7 estados despenalizados entre 2020 y 2025



Fuente: Elaboración propia con datos de egresos (CIE Z30.3) y servicios de cubos dinámicos, de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Recupera los abortos atendidos en el país por el sector salud. Consultado en junio de 2025, los datos de este año son preliminares y consideran únicamente el periodo de enero a mayo.

Los datos disponibles sobre interrupciones voluntarias del embarazo derivadas de violencia sexual se encuentran desglosados únicamente a partir de 2023, por lo que no hay registros previos. Entre 2023 y 2024 se registraron 1 177 casos de embarazos producto de violencia sexual en los ocho estados, de los cuales solo 47 fueron interrumpidos mediante IVE. Veracruz concentró el mayor número de casos (526), pero únicamente 6 resultaron en IVE, lo que representa poco más del 1 %. Le siguió el Estado de México con 237 casos y 11 IVE, y Puebla con 186 casos y solo 1 IVE. La Ciudad de México mostró la proporción más alta de acceso, con 24 interrupciones de 102 embarazos (casi una cuarta parte). Guerrero reportó 65 casos, pero únicamente 4 IVE. En Michoacán (10 casos), Nayarit (2) y Quintana Roo (49), no se superaron las 2 interrupciones en cada estado.

Embarazos por violencia sexual que recibieron IVE en 2023 y 2024



Fuente: Elaboración propia con datos del cubo dinámico de lesiones, de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Consultado en junio de 2025. (Los datos desagregados sobre IVE se comenzaron a registrar en 2023).

Percepción de accesibilidad

Uno de los principales hallazgos es la disparidad entre la perspectiva institucional y la experiencia de las acompañantes respecto a la accesibilidad de los servicios de aborto seguro. Mientras que las instancias públicas describen los servicios como accesibles, gratuitos y sin restricciones, respaldados por la política de cero rechazos que garantiza atención sin discriminación a todas las personas^{21,35}, las acompañantes identifican barreras persistentes, como la desinformación, la falta de señalización, procesos poco claros, estigmas y obstáculos geográficos. Entre las tendencias identificadas destacan:

- ▶ Falta de información accesible y clara. Poca difusión y, en las unidades, ausencia de señalización e información desde el primer punto de contacto con el personal de seguridad en la entrada, lo que genera confusión sobre cómo y dónde acceder a los servicios.
- ▶ Desigualdad territorial en la oferta de servicios. Especialmente en zonas rurales y periféricas, donde los traslados largos y costosos desincentivan a las personas usuarias al no tener garantía de atención inmediata.
- ▶ Procesos burocráticos y obstáculos administrativos. Pueden desmotivar o demorar el acceso, incluso cuando existen recursos y disposición médica para atender los servicios.
- ▶ Estigma. Principalmente en el personal que no forma parte de los SAS; se mencionaron algunos casos desafortunados donde la atención ha sido estigmatizante, con resistencias a brindar el servicio o incluso con violencia obstétrica.

Estas situaciones desincentivan el acceso por lo que muchas personas prefieren acudir a la Ciudad de México o realizar el procedimiento en casa para evitar los costos y tiempos de traslado.

Negación del servicio

En la mayoría de los estados, el discurso institucional del personal de salud señala que el servicio no se niega de forma explícita. La negación directa es poco común, pero persisten formas indirectas de restricción. Por ejemplo, la falta de personal capacitado o insumos médicos (como en Guerrero, Estado de México y Veracruz), interpretaciones restrictivas o confusas de la normativa (Quintana Roo), burocracia que termina desincentivando a las personas usuarias a continuar con el trámite, desinformación institucional (Nayarit, donde una mala interpretación de un caso clínico llevó a suspender el servicio durante dos semanas) y requisitos burocráticos excesivos (Ciudad de México, donde se rechazó a usuarias por presentar comprobantes de domicilio con más de tres meses de antigüedad).

La objeción de conciencia es una causa recurrente de negación del servicio. Aunque en algunos casos el personal de salud intenta resolver la situación reprogramando citas o canalizando a las personas usuarias a otras instituciones,

estas medidas generan retrasos que pueden desincentivar la continuidad del proceso o provocar que las pacientes queden fuera del marco legal permitido.

Además, existen factores externos que afectan el acceso al servicio. Por ejemplo, en Ciudad de México y Puebla se reportaron acciones de grupos antiderechos que desinforman a las personas usuarias frente a las clínicas, lo que genera en ellas la percepción de que se les ha negado el servicio.

Ubicación de clínicas accesibles

En la mayoría de los estados, como Ciudad de México, Puebla, Veracruz y Estado de México, se mencionó que las unidades que ofrecen servicios de aborto seguro se ubican principalmente en capitales o municipios grandes. Esto responde a una lógica de mayor demanda, pero genera barreras para quienes viven en zonas rurales o alejadas, donde el acceso puede implicar traslados largos y costosos.

Aunque la infraestructura vial facilita llegar a algunas unidades urbanas, estas muchas veces no brindan el servicio directamente y remiten a otras instituciones, lo que provoca pérdida de tiempo, gastos adicionales y, en algunos casos, la decisión de no acceder al servicio o de buscar alternativas fuera del sistema de salud pública.

A pesar de los intentos por regionalizar la atención, como se mencionó en Veracruz, persiste una cobertura parcial y desigual, sobre todo en zonas rurales o alejadas de estados como Guerrero, Nayarit, Michoacán y Puebla. La falta de unidades cercanas, transporte adecuado y recursos económicos complica el acceso para muchas personas. Además, incluso donde existen servicios, la ausencia de información clara y accesible sobre su ubicación o funcionamiento constituye una barrera adicional.

Horarios accesibles

En la mayoría de los estados, el horario predominante de atención a los SAS es por la mañana, aproximadamente de 8:00 a. m. a 2:00 o 4:00 p. m. Este patrón se repite en las entrevistas de Ciudad de México, Guerrero, Puebla, Michoacán, Estado de México y Veracruz. Si bien en algunos casos existen turnos vespertinos o de fines de semana (como en Ciudad de México, Nayarit,

Veracruz y Quintana Roo), estos son sólo en algunas unidades excepcionales. Por lo que casi todos los estados carecen de servicios continuos de aborto durante los fines de semana. Aunque hay hospitales con turnos de guardia, la mayoría de las personas usuarias deben esperar hasta los días hábiles, lo que puede retrasar o impedir el acceso oportuno, especialmente para quienes no pueden asistir en horario laboral o escolar. Además, en la práctica les solicitan procesos como obtener en la madrugada fichas para acceder a un turno o realizar consultas previas.

En estados como Michoacán, Veracruz y Estado de México, se mencionó que la atención está sujeta a la disponibilidad del personal médico no objetor de conciencia, lo que limita el servicio a horarios más restringidos o incluso a una sola persona responsable.

Tanto el personal de salud como las acompañantes reconocen la necesidad de extender los horarios a turnos vespertinos y fines de semana, considerando una adecuada asignación de personal. Esto permitiría atender una mayor demanda, evitar aglomeraciones y responder mejor a las condiciones laborales, escolares y personales de las personas usuarias.

Semanas de gestación

Todos los estados investigados establecen como límite gestacional para el servicio de ILE las 12 semanas o 12.6 semanas. Sin embargo, en estados como Quintana Roo se informó que el personal no considera completa la semana 12, es decir, no incluye los 6 días posteriores al inicio de esa semana, lo que puede ocasionar la negación del servicio a usuarias que acuden durante este periodo.

Para las causales —violación, riesgo a la salud, malformaciones graves, peligro de muerte, imprudencial, entre otras—, entidades como Ciudad de México, Estado de México y Guerrero mencionaron que la atención médica puede extenderse más allá de las 12 semanas. Sin embargo, pese a que normativamente la IVE debe poder realizarse sin límite de semanas³⁶, en el caso de Ciudad de México se reporta el límite hasta las 20 semanas completas de gestación³⁷. En el Estado de México, el lineamiento establece como límite las 22 semanas, aunque se han registrado casos hasta semanas más avanzadas. En Guerrero, se señaló que, ante la causal de negación de servicio, se ha podido buscar atención para quienes enfrentan obstáculos para acceder oportunamente.

Además, algunas personas entrevistadas en Ciudad de México, Michoacán y Veracruz señalaron limitaciones en la atención por la causal de violación, debido a que cierto personal médico solo realiza abortos hasta la semana 12, independientemente de la causa legal que los justifique. Entre las razones se mencionaron decisiones individuales del personal, confusión con el marco legal, falta de conocimiento técnico sobre edades gestacionales más avanzadas, o la falta de herramientas en el primer nivel de atención, lo que obliga a derivar a las usuarias a un segundo nivel. En varios estados, como Michoacán y Nayarit, se indicó que se emplean diferentes métodos —medicamentos, AMEU o asistolia fetal inducida— dependiendo de la edad gestacional.

Rutas de referencia

En general, la canalización se activa para vincular a las personas usuarias con instituciones de justicia en casos de violencia sexual, o cuando no se cuenta con personal capacitado, insumos o ante situaciones de objeción de conciencia, con la intención de garantizar el servicio a pesar de las limitaciones estructurales.

Aunque en la mayoría de los estados se reconoce la existencia de mecanismos o manuales de referencia y contrarreferencia, su formalización e implementación en la práctica varía significativamente. En Ciudad de México, Guerrero, Nayarit, Puebla, Estado de México y Michoacán, el personal de salud reporta la existencia de rutas de referencia formalizadas. En algunos casos, incluso se dispone de manuales, comités específicos o directorios institucionales que deberían facilitar el tránsito entre niveles de atención o unidades.

Persiste una brecha importante entre el diseño institucional y su aplicación en la práctica, ya que la canalización suele depender del conocimiento o disposición del personal. Las acompañantes refieren que no siempre se informa o canaliza correctamente a las personas usuarias, y que el cumplimiento de las rutas de atención a veces está condicionado a criterios específicos (como violencia sexual o minoría de edad), lo que restringe el acceso libre al aborto legal.

Discriminación

En todos los estados, el personal de salud aseguró que el servicio se ofrece sin discriminación, fundamentado en políticas de cero rechazos (Ciudad de México, Michoacán, Puebla y Veracruz), así como la presencia de personal sensibilizado.

A pesar de la narrativa institucional, se identificaron prácticas discriminatorias naturalizadas o invisibilizadas, particularmente hacia adolescentes, personas indígenas o desde una visión heteronormativa para poblaciones de la diversidad sexogenérica. En estados donde hay una proporción significativa de población indígena, (Quintana Roo y Guerrero), se evidencia una barrera discriminatoria por falta de intérpretes y materiales en lenguas originarias, lo que limita el acceso efectivo al servicio para hablantes de lenguas indígenas.

En el caso de entidades como Guerrero, Estado de México y Ciudad de México, las acompañantes presentaron ejemplos en los que la edad de la usuaria (especialmente adolescentes) es un factor que detona comentarios culpabilizantes o juicios morales por parte del personal o incluso presión para colocarse un método antifecondativo. En varios estados, como Guerrero, Estado de México y Quintana Roo, también se reportaron actitudes moralizantes que contradicen el enfoque institucional.

Además, es relevante señalar que la discriminación no se dirige únicamente hacia las personas usuarias, sino también hacia el personal de salud, quienes mencionaron haber sido objeto de estigmatización por parte de colegas y grupos externos debido a su participación en los servicios de aborto.

Accesibilidad física

Durante las entrevistas, así como en la observación participante de los ocho estados, se reportó contar con elementos esenciales de accesibilidad física como rampas, pasamanos y entradas adaptadas para personas con discapacidad motriz. Sin embargo, también se identificó que algunos baños son reducidos y se cuestionó la autonomía que puede tener una persona con discapacidad motriz no acompañada en las instalaciones médicas.

Además, aunque la accesibilidad motriz ha sido atendida en diversos espacios, persisten limitaciones importantes para personas con discapacidades visuales, auditivas o psicosociales. Adicionalmente, en Nayarit, Estado de Mé-

xico y Veracruz, las acompañantes señalaron que las unidades ubicadas en zonas urbanas tienen mejores condiciones físicas que las rurales.

Accesibilidad económica

En todos los estados, el SAS se describió formalmente como un servicio gratuito. Tanto el personal de salud como algunos testimonios de acompañantes lo confirman, reflejando una política pública común orientada a garantizar el derecho al aborto sin costo directo para las personas usuarias. Sin embargo, el tipo de derechohabencia puede constituir una limitante: por ejemplo, en Ciudad de México se reportan casos en los que derechohabientes del IMSS o ISSSTE acudieron a un hospital público de otra institución que no cuenta con SAS y se les solicitó pagos por el servicio basados en un estudio socioeconómico, cuyo monto se comparó con el costo de un servicio privado.

Para valorar la accesibilidad económica, también es necesario considerar los costos indirectos que afectan el acceso real al servicio. Estos se reportaron en todos los estados e incluyen traslados, especialmente en lugares donde los hospitales se concentran en zonas urbanas o cuando la atención no es inmediata y se solicita a las personas usuarias regresar; medicamentos o insumos que deben cubrir en casos de desabasto; y estudios previos o complementarios, como pruebas de embarazo o ultrasonidos, que no siempre son realizados por las unidades de salud.

Accesibilidad en lenguas indígenas

En Ciudad de México, Quintana Roo, Michoacán, Puebla y Veracruz, la señalética en lenguas indígenas en las unidades de salud es casi inexistente, con algunas excepciones puntuales, como en Estado de México, Guerrero y Nayarit, donde se identificaron materiales o letreros en lenguas indígenas, aunque ninguno relacionado con el aborto. Esto evidencia una falta general de señalética y materiales sobre aborto seguro en lenguas indígenas.

De manera general, los servicios de interpretación en lenguas indígenas no están disponibles ni sistematizados; la traducción o interpretación suele depender de familiares o acompañantes, lo que compromete la confidencialidad y la comprensión del servicio. Sin embargo, en algunos casos, como en Veracruz y

Ciudad de México, personal del sector salud mencionó la existencia de rutas institucionales para solicitar traductores a través de instituciones como la Secretaría de Pueblos Indígenas (SEPI). Además, Veracruz destaca porque en algunos hospitales existe personal encargado del área de interculturalidad.

Accesibilidad en lengua de señas y braille

En todos los estados se señaló la carencia de materiales informativos accesibles en braille o en Lengua de Señas Mexicana (LSM) sobre aborto seguro. Aunque algunas unidades cuentan con letreros en braille de servicios generales (como en Guerrero o Estado de México), se indicó que no existen pisos podotáctiles que permitan a personas con discapacidad visual orientarse dentro de los espacios. Además, no se encontró evidencia de materiales específicos que informen sobre los Servicios de Aborto Seguro (SAS) en estos formatos.

La mayoría de los estados carece de personal capacitado para comunicarse con personas con discapacidad auditiva o visual. En Ciudad de México, se mencionó la existencia de una persona encargada en el primer nivel, aunque nunca se ha requerido su apoyo.

En todos los casos, las personas entrevistadas reconocieron la importancia de contar con accesibilidad en lengua de señas y braille; sin embargo, se observa una ausencia de acciones sistemáticas para garantizar esta accesibilidad.

Accesibilidad para personas migrantes

En todos los estados investigados, se reportó que las unidades de salud han brindado atención a personas migrantes o en situación de movilidad, lo cual refleja un esfuerzo por parte de las instituciones para garantizar el acceso sin distinción de nacionalidad o estatus migratorio. En varios estados, como Ciudad de México, Guerrero, Puebla y Estado de México, se enunció una disposición institucional para flexibilizar los requisitos de ingreso. Por ejemplo, utilizando un CURP genérico o no solicitándoles comprobante de domicilio, para evitar que estos requisitos excluyan a personas migrantes. El idioma representa una barrera recurrente en la atención, especialmente

para la población de habla no hispana. En Ciudad de México se mencionó la implementación de soluciones prácticas, como el uso de traductores en línea, el apoyo de acompañantes o la colaboración con organizaciones de la sociedad civil, como Médicos Sin Fronteras. En Guerrero, Acapulco se identifica como un punto clave debido a la presencia de asentamientos migrantes, mientras que en Veracruz se documentaron casos en los que la atención a personas migrantes requirió canalizaciones o traslados coordinados con autoridades migratorias.

Además, en Ciudad de México se indicó que a personas en movilidad se les ha practicado AMEU. En algunos casos, inicialmente hubo dificultades para atender a personas migrantes debido a la falta de conocimiento administrativo, situación que se fue resolviendo con capacitaciones.

Estrategias de difusión

En la mayoría de los estados, las estrategias de difusión más efectivas han provenido de acompañantes, activistas y colectivas feministas, generalmente de manera informal o a través de redes sociales. Pocas entidades reportan campañas gubernamentales sostenidas en medios tradicionales, como radio (Guerrero) o espectaculares (Michoacán). En su lugar, se ha recurrido a medios impresos, redes sociales y ferias comunitarias, que suelen tener un alcance limitado en zonas rurales o alejadas.

En varias entidades, como Estado de México, Nayarit, Puebla y Guerrero, se identificó la ausencia de señalización visible sobre los SAS en hospitales y clínicas, lo que constituye una barrera informativa importante para las personas usuarias. Sin embargo, en una entrevista se justificó esta situación con la intención de proteger la privacidad de quienes acceden al servicio.

Ciudad de México destaca como uno de los estados con mayor organización en la difusión institucional, mediante materiales impresos y digitales, jornadas de salud e incluso mapas con la ubicación de las unidades. Sin embargo, incluso allí, la acompañante considera que la información no es suficientemente visible, ya que únicamente está disponible en clínicas y páginas web, lo que limita su alcance a toda la población.

Guerrero, Michoacán, Puebla y Estado de México muestran esfuerzos institucionales en marcha, como el diseño de materiales y micrositios, pero todavía limitados en alcance, accesibilidad y visibilidad. Persisten barreras por

falta de difusión amplia, sobre todo en zonas rurales. Nayarit y Quintana Roo dependen principalmente de redes de acompañamiento para difundir información sobre SAS; en Quintana Roo se observaron algunos carteles oficiales en la clínica visitada. Veracruz apuesta por estrategias cara a cara, a través de ferias y jornadas con un enfoque comunitario, pero sin campañas masivas ni información detallada ampliamente distribuida.

En el Estado de México, una limitante importante se debe a razones políticas y a la reciente despenalización; en una entrevista, el personal de salud mencionó que aún no se puede difundir abiertamente el tema porque no se ha autorizado colocar publicidad dentro o fuera del hospital.

Obstáculos normativos

En varios estados se reportaron inconsistencias entre leyes locales, lineamientos nacionales y criterios emitidos por la SCJN, lo que genera incertidumbre jurídica entre el personal de salud. Esta falta de claridad en los criterios normativos afecta la aplicación uniforme del servicio y se traduce en un acceso desigual y limitado al aborto seguro. En algunos casos, las personas entrevistadas mencionaron que uno de los principales obstáculos es el desconocimiento del marco jurídico por parte del personal médico, lo que genera temor a consecuencias legales, inseguridad y, en muchos casos, inhibe la prestación del servicio.

Además, en varios estados se señala que instituciones como IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR y PEMEX no asumen la prestación del servicio para sus derechohabientes, delegando la atención al sector salud estatal, lo que genera saturación y descontento institucional. Asimismo, la transición al modelo IMSS-Bienestar ha provocado confusión y descoordinación, dificultando la continuidad y formalización de los servicios de aborto.

5.3 Aceptabilidad



Foto: Archivo ILSB.

Ética médica

En la mayoría de los estados, el personal de salud entrevistado manifiesta una intención clara de actuar bajo principios éticos, respetando la autonomía de las personas usuarias y con atención empática, informada y sin juicios. En Puebla y Veracruz, la ética se vincula directamente con el conocimiento y aplicación del marco legal; se enuncia que la formación constante del personal y la colaboración con áreas jurídicas han sido clave para fomentar prácticas más éticas, basadas en la legalidad y el respeto a los derechos de las personas usuarias.

El personal médico señala un compromiso ético en la atención del aborto, pero tres de ellos reconocen que han ocurrido casos en que otros colegas por prejuicios o estigma han revictimizado a alguna persona usuaria intentando que se sienta mal con su decisión, o ejerciendo violencia obstétrica, también

uno mencionó sobre un cuestionario exploratorio que pudiera ser invasivo. Las acompañantes reconocen en algunos casos la existencia de prácticas que contradicen los principios éticos, como atender con una actitud hostil, una acompañante mencionó el uso limitado de anestesia y la falta de indicaciones para el manejo del dolor en casa “para que las personas pues vivan como con mucho dolor estos procedimientos”. Estas situaciones comprometen la experiencia de aborto de las personas usuarias, como se evidenció en Ciudad de México, Guerrero, Michoacán y Estado de México.

Objeción de conciencia

La objeción de conciencia (OC), tanto individual como institucional, continúa siendo una barrera relevante para el acceso efectivo a los servicios de aborto, aunque su manifestación y el manejo institucional varían significativamente entre estados. Es importante destacar que “la legislación garantiza la protección de la salud de todas las personas, y obliga al Estado Mexicano a contar con personal facultativo no objetor a fin de asegurar la prestación de los servicios sanitarios”³⁸.

En todos los estados investigados se identifican casos —por lo regular fuera de los SAS— en los que el personal se niega a realizar procedimientos de aborto por OC, con distintas frecuencias e intensidades. El personal de salud mencionó que, en la mayoría de los casos, cuando se presenta OC, las instituciones suelen contar con mecanismos de referencia hacia unidades o personal no objetor, aunque no siempre con la rapidez ni la eficacia necesarias.

Para hacer frente a la OC, algunas entidades, como Estado de México y Veracruz, han implementado cursos de capacitación y protocolos específicos —por ejemplo, “Cero violencia obstétrica” o atención de quejas— para contrarrestar la negativa del personal objetor. En estas entidades existen protocolos formales para denunciar, investigar y actuar ante casos de objeción que impidan el acceso; sin embargo, en otros estados se reporta que las personas usuarias tienden a enfocarse en conseguir la atención en lugar de denunciar o seguir procesos legales cuando se les niega el servicio por objeción de conciencia.

En Ciudad de México, la objeción de conciencia se presenta principalmente en casos de IVE avanzadas o en unidades que no están especializadas en la atención del aborto. En Quintana Roo, se reporta que algunos hospitales

no cuentan con personal no objetor, llegando incluso a observarse una objeción de conciencia institucionalizada, lo cual es ilegal, pero que aún ocurre en la práctica.

Pertinencia cultural

El personal de salud reconoce que existe la intención de dar atención inclusiva a todas las personas usuarias sin discriminación. Sin embargo, las acompañantes consideran que existe una falta de pertinencia cultural sustantiva, especialmente hacia mujeres indígenas o afromexicanas, pero centralmente relacionada con la atención a personas indígenas debido a la falta de traductores y materiales en su lengua.

En varios estados, el personal de salud reconoció la existencia de lineamientos sobre interculturalidad, como en Guerrero. En entidades como Ciudad de México y Estado de México, se mencionó que el personal ha recibido capacitaciones en interculturalidad y en la política de Cero rechazos. En Veracruz, el personal entrevistado señaló que algunos hospitales cuentan con un área encargada de interculturalidad, que ha colaborado con la Universidad Intercultural, y que algunas enfermeras locales hablan lenguas originarias.

En Guerrero se observaron avances incipientes, con algunos hospitales que cuentan con personal traductor y experiencia en la atención a usuarias me'phaa; sin embargo, estos recursos son limitados y no están disponibles en todas las unidades. Por su parte, en Ciudad de México, Nayarit y Quintana Roo, el personal de salud reporta baja demanda de personas usuarias que hablen únicamente lengua indígena.

Michoacán y Estado de México identifican barreras culturales y lingüísticas evidentes; aunque reconocen la necesidad de mejorar, enfrentan déficits claros en conocimientos y recursos para ofrecer una atención culturalmente adecuada. Por último, en Ciudad de México se observa un discurso institucional que niega hacer distinciones culturales, lo cual podría ocultar la falta de atención específica a las necesidades diferenciadas de las personas usuarias.

Perspectiva de género y diversidad sexual

La investigación evidencia avances en la incorporación de la perspectiva de género en los SAS. En varios estados, como Ciudad de México, Guerrero, Michoacán y Estado de México, el personal de salud reportó haber recibido capacitaciones o formación sobre atención con perspectiva de género. En algunos casos, incluso se mencionó un enfoque en diversidad sexual (Ciudad de México, Guerrero), lo que muestra una intención institucional de avanzar en el tema.

No obstante, estos avances son desiguales entre las entidades y, con frecuencia, se ven limitados por enfoques binarios, falta de sensibilización y discriminación hacia personas con identidades de género diversas. En varios estados, la atención en los SAS sigue asociada principalmente a mujeres cisgénero, lo que excluye a hombres trans y personas no binarias con capacidad de gestar.

En estados como Veracruz y Puebla, se mencionó en las entrevistas que la aplicación de la perspectiva de género depende más de la sensibilidad individual del personal que de lineamientos institucionales claros. Aunque en entidades como Michoacán y Puebla se reconocen contextos de violencia, estigma y barreras sociales, ampliando el enfoque más allá de lo identitario, estas prácticas siguen siendo aisladas y no están garantizadas para todas las personas usuarias.

Perspectiva de juventudes: atención a adolescentes

En todos los estados investigados, el personal reconoció que la edad de las personas usuarias adolescentes es un criterio importante en la prestación del servicio, ya sea por razones de salud, protocolos de detección de violencia sexual o seguimiento legal relacionado con la atención a menores. Asimismo, en todos los estados, el personal entrevistado indicó que cuando una persona menor de 12 años acude sin tutor, se vincula a la Procuraduría de Niñas, Niños y Adolescentes para garantizar su representación legal y que se le brinde el servicio correspondiente.

A pesar de los marcos normativos que reconocen el acceso autónomo de adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva a partir de los 12 años, como lo establece la NOM-047-SSA2-2015, en la práctica —por ejemplo,

en Ciudad de México, Veracruz y Quintana Roo— las acompañantes reportan que aún se exige la presencia de un adulto responsable o familiar para la ILE. Esta práctica restringe el acceso y vulnera el derecho a la confidencialidad y autonomía de las adolescentes. Además, persisten estigmas hacia quienes solicitan servicios de aborto, lo que puede generar demoras en la atención o intervenciones no consensuadas, como la colocación de anticonceptivos sin consentimiento informado, como se reporta en Guerrero.

En varios estados, como Guerrero, Puebla, Estado de México y Veracruz, existen protocolos para la atención de infancias y adolescencias víctimas de violencia sexual, como la ruta NAME o el Código Naranja. Sin embargo, se señala que su implementación suele ser lenta, incompleta o incluso omitida, lo que en algunos casos ha llevado a que las menores lleven a término el embarazo.

Identificación de violencia en menores

En todos los estados investigados, el personal de salud reportó la aplicación de herramientas estandarizadas de detección de violencia sexual, principalmente mediante cédulas, entrevistas clínicas o test diseñados conforme a la NOM-046-SSA2-2025 y, en varios casos, integradas en la ruta NAME, creada para la atención y protección integral de niñas y adolescentes madres o embarazadas menores de 15 años. Esto ha permitido establecer un procedimiento común de identificación de violencia en menores de edad, especialmente en casos de embarazo infantil o adolescente³⁹.

El personal de salud de Ciudad de México, Estado de México, Guerrero y Nayarit mencionó que, una vez identificada la violencia, la notificación al Ministerio Público o Procuradurías de protección de Niñas, Niños y Adolescentes constituye un procedimiento establecido, así como la generación de documentos con valor probatorio en caso de denuncia.

Además de la atención directa para la interrupción del embarazo, en estados como Veracruz se reportó que las rutas de atención a violencia también se activan durante consultas prenatales, lo que muestra una lectura integral del fenómeno de violencia en menores embarazadas.

En Ciudad de México se aplica la cédula de detección de violencia a todas las personas usuarias. Asimismo, se mencionó que, cuando se trata de usuarias residentes de otras entidades que solicitan IVE, se canaliza la atención hacia sus estados de origen para facilitar el proceso de denuncia y seguimiento

local. En Guerrero, el personal de salud indicó que se emplean herramientas específicas como parte del modelo de atención a la ILE, que permiten identificar violencia física, psicológica o sexual. En Nayarit, se destacó que la ruta NAME se complementa con acompañamiento psicológico y con la generación de documentación legal.

Confidencialidad

En la mayoría de los estados, el personal entrevistado coincidió en que la confidencialidad constituye un principio rector de los servicios. Se reportaron protocolos específicos, aplicación de normativas, espacios de atención privada a puerta cerrada y un manejo controlado de los datos personales, por ejemplo, mediante el uso de siglas del nombre o registros internos sin difusión externa. En entidades como Ciudad de México, Guerrero y Michoacán, se enfatizó que los datos de las personas usuarias sólo se comparten con autoridades competentes cuando es legalmente requerido. No obstante, acompañantes señalaron que en Guerrero y Estado de México persisten casos de falta de discreción en el trato a las usuarias, especialmente en situaciones de violencia sexual, en lo que incluso personal de seguridad llega a enterarse de la condición de la persona usuaria.

La existencia de consultorios individuales o espacios cerrados para la atención fue mencionada como una práctica común en estados como Ciudad de México, Nayarit, Quintana Roo y Puebla. En Nayarit se mencionó que dentro del consultorio existe un sillón y también que se cuenta con la sala “Mariposa”, habilitada con camillas para las personas usuarias que tuvieron abortos con procedimientos quirúrgicos. Por el contrario, en algunos casos de Puebla y Quintana Roo se destacó que, si bien existen consultorios individuales, no siempre se cuenta con áreas de recuperación que garanticen plenamente la confidencialidad.

En Puebla y Nayarit se comentó que la confidencialidad puede verse comprometida en contextos comunitarios pequeños, en los que el personal de salud es conocido o tiene vínculos personales con las personas usuarias. Esto puede generar temor en las pacientes y limitar su confianza en el servicio. Nayarit reportó la decisión deliberada de no colocar un letrero de “Aborto Seguro” en el consultorio, como estrategia de protección ante el estigma social y posible hostigamiento.

Consejería pre- y postaborto

En la mayoría de los estados, Ciudad de México, Michoacán, Estado de México y Veracruz, la consejería pre- y postaborto está considerada como parte del protocolo de atención. Sin embargo, existe una brecha significativa entre lo establecido en la normativa y la implementación real. Se mencionó que, en algunos contextos con menor estructura o personal, como algunas unidades en Veracruz o Puebla, la consejería recae en quien esté disponible, incluso si no está sensibilizado. Los perfiles responsables de brindar la consejería varían entre estados; sin embargo, de manera recurrente participan profesionales de trabajo social, psicología, enfermería y medicina.

Un elemento común en la consejería preaborto es que suele centrarse en explicar el procedimiento, los métodos disponibles y los posibles efectos secundarios. En el caso de la atención postaborto, se observan variaciones entre estados, pero un aspecto transversal es la oferta de métodos anti-conceptivos. En Guerrero, Veracruz y Michoacán, esta oferta ocupa un lugar central dentro de la consejería; sin embargo, en algunos casos —como en Guerrero— se advirtió que puede derivar en presión o incluso imposición hacia las personas usuarias.

5.4 Calidad



Foto: Archivo LSB.

Infraestructura y servicios básicos

En todos los estados se reportaron instalaciones en condiciones funcionales, limpias y con acceso a servicios básicos como agua potable, electricidad y baños acorde a la normativa sanitaria de la NOM-016-SSA3-2012⁴⁰. Sin embargo, en Guerrero se mencionó que existen hospitales viejos que no han recibido mantenimiento. La observación participante se realizó en unidades urbanas, por lo que puede haber disparidad con las instalaciones de las zonas rurales. Cabe destacar que varias unidades no cuentan con papel higiénico, que es necesario para estancias prolongadas.

En estados como Guerrero y Estado de México, las entrevistadas mencionan una gran disparidad entre unidades de salud. Mientras algunos hospitales, especialmente los considerados modelos o especializados, cuentan con infraestructura funcional, otros presentan condiciones deficientes, antigüedad

en sus instalaciones y carencia de mantenimiento. En Guerrero, se menciona que las mejoras se han limitado a las unidades incluidas en el directorio SAS, mientras que el resto mantiene carencias importantes. En el Estado de México, se señala un desabasto de insumos y servicios básicos en muchos centros de salud.

Capacitación

En todos los estados se reconoció la importancia de continuar con la capacitación del personal en aborto seguro. La mayoría de las entidades (Ciudad de México, Nayarit, Puebla, Estado de México y Veracruz) reportan entre dos y cinco capacitaciones anuales, algunas de ellas en coordinación con organizaciones como Ipas, DKT, Mexfam o Marie Stopes, así como con autoridades federales como el CNEGSSR. También se enfatizó la necesidad de incluir en estas capacitaciones no sólo al personal médico, sino también a trabajo social, psicología y enfermería. En cuanto a los contenidos, de manera general abarcan el marco legal y normativo, así como una introducción a la interrupción legal del embarazo; posteriormente, se incluyen aspectos técnicos sobre el uso de AMEU. En pocos casos —como en Veracruz— se mencionó la capacitación específica para la atención de abortos en etapas gestacionales más avanzadas.

En el estado de Guerrero, por ejemplo, el personal de salud señaló que aún falta formación respecto a competencias técnicas y sensibilización; mientras que el personal operativo advirtió que, aunque se han impartido capacitaciones, algunas personas no las asimilan debido a creencias religiosas o morales. Además, el personal de salud reconoció que el acceso a capacitación varía entre unidades especializadas y aquellas que no forman parte del directorio SAS. También, que es necesario continuar y ampliar la capacitación, debido a la rotación del personal.

Tipos de procedimiento

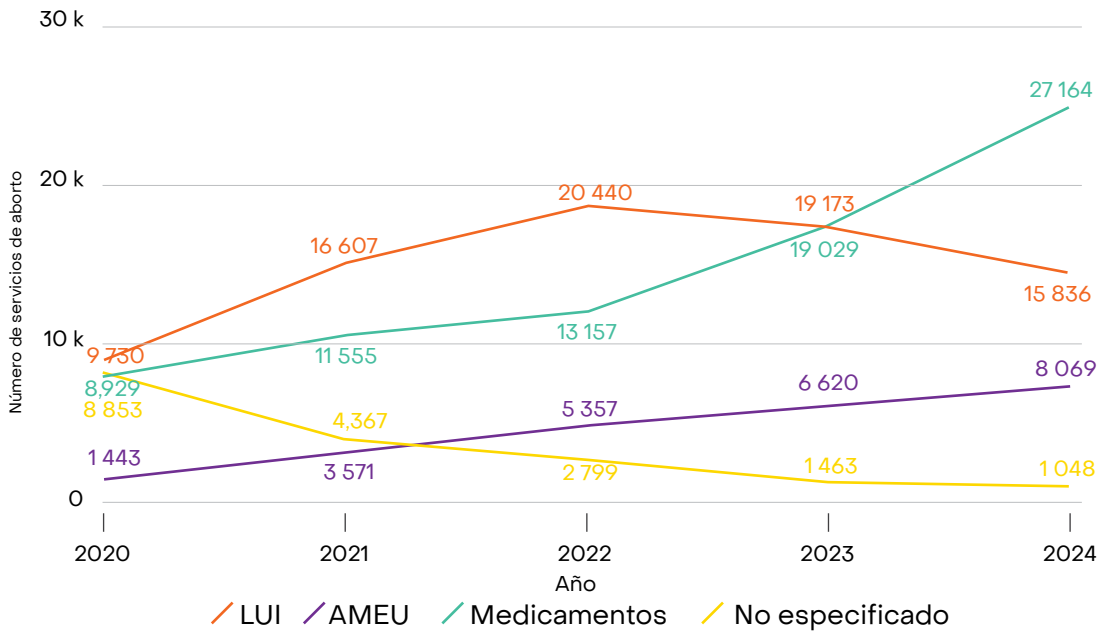
Los procedimientos de aborto recomendados por la OMS son el uso de medicamentos y la AMEU; por el contrario, se desaconseja el legrado uterino instrumental (LUI). En los ocho estados analizados se observa una transición

paulatina hacia las prácticas recomendadas, con una disminución en el uso del legrado y un aumento en la aplicación de medicamentos y AMEU, aunque con diferencias importantes entre entidades.

El uso de medicamentos mostró un aumento sostenido: en 2020 se registraron 8 853 casos, cifra que se triplicó hacia 2024, alcanzando 27 164 procedimientos. La utilización de AMEU también presenta un crecimiento continuo, pasando de 1 443 procedimientos en 2020 a 8 069 en 2024. En contraste, el legrado, pese a no estar recomendado por la OMS, experimentó un incremento inicial, de 9 730 casos en 2020 a 20 440 en 2022; sin embargo, a partir de 2023 se observa una tendencia descendente, con 19 029 casos en 2023 y 15 836 en 2024.

La categoría “No especificado” mostró igualmente una disminución progresiva, de 8 929 casos en 2020 a 1 048 en 2024, lo que representa una reducción del 88 %. Es relevante que, a partir de 2022, la información disponible permite observar con mayor claridad la transición hacia los métodos recomendados.

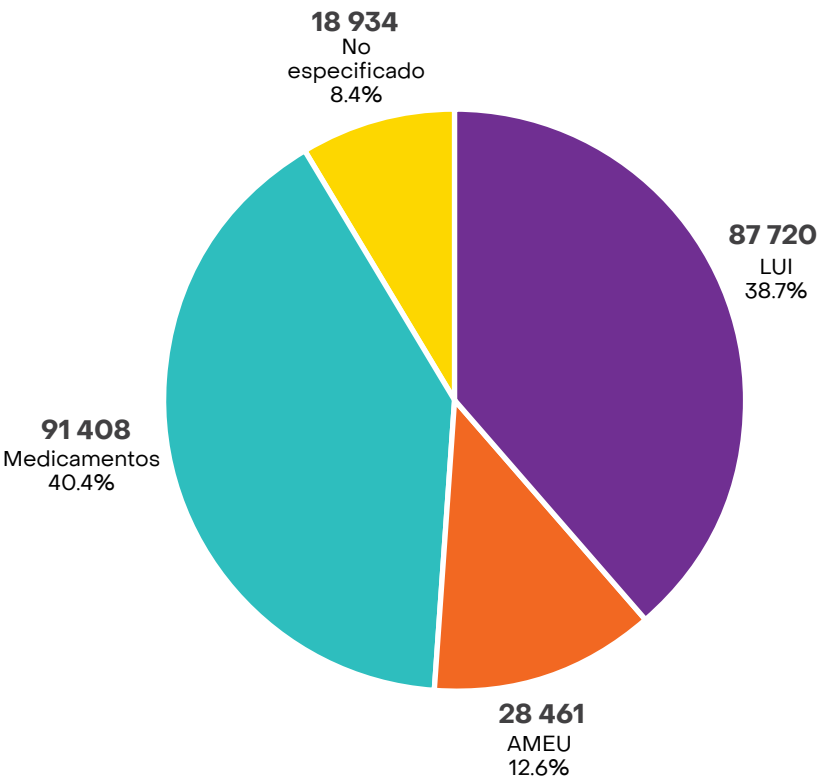
Tipos de procedimiento de aborto en ocho estados



Fuente: Elaboración propia con datos de los cubos de Egresos y Servicios de Cubos Dinámicos, Dirección General de Información en Salud (DGIS). Recupera todos los abortos atendidos en el país por el sector salud, incluyendo los códigos CIE O03, O04, O05, O06, O08 y Z30.03. Consultado en junio de 2025.

El aborto con medicamentos fue el método más utilizado entre 2020 y 2024, con 91 408 casos, que representan aproximadamente el 40.4 % del total. El LUI fue el segundo procedimiento más común, con 87 720 casos, lo que equivale al 38.7 %. La AMEU, un método más moderno y seguro que el LUI, se utilizó en 28 461 casos, lo que representa solo el 12.6 %. 18 934 casos (8.4 %) no especificaron el tipo de procedimiento.

Abortos por tipo de procedimiento en ocho estados 2020-2024



Fuente: Elaboración propia con datos de los cubos de Egresos y Servicios de Cubos Dinámicos, Dirección General de Información en Salud (DGIS). Recupera todos los abortos atendidos en el país por el sector salud, incluyendo los códigos CIE O03, O04, O05, O06, O08 y Z30.03. Consultado en junio de 2025.

En las entrevistas realizadas en todos los estados se coincidió en que el aborto con medicamentos (misoprostol y mifepristona) y la AMEU deberían ser los

procedimientos prioritarios, dado que son menos invasivos, más seguros y están avalados por autoridades internacionales. No obstante, el legrado continúa utilizándose en todas las entidades, ya sea por inercia institucional, limitada capacitación en AMEU, carencias de insumos o por la persistencia de creencias entre algunos profesionales de que este método sigue siendo recomendable en ciertos casos.

Aunque la AMEU va en aumento, su uso sigue siendo limitado y menor en comparación con el LUI. El aborto con medicamentos es más frecuente en ciertas entidades como Ciudad de México; sin embargo, en algunas otras, su proporción se ve reducida por el desabasto de misoprostol o mifepristona. Durante las entrevistas también se señalaron problemas como registros imprecisos —por ejemplo, en el Estado de México se reportó que han registrado AMEU como “LUI”— y errores técnicos en la administración de medicamentos, relacionados con dosis, vías de aplicación o incluso con la combinación inadecuada de métodos recomendados (medicamentos y AMEU), lo que refleja falta de actualización en la práctica médica. En Guerrero, personal del sector salud atribuyó el incremento en el uso de LUI al desabasto de misoprostol.

El tipo de procedimiento aplicado también depende del nivel de atención y de las semanas de gestación. En siete de los ocho estados se mencionó que la dilatación y evacuación se utiliza de manera excepcional, destinada principalmente a casos complejos, gestaciones avanzadas, abortos diferidos (cuando el embarazo deja de desarrollarse) o como “última opción”, según las condiciones clínicas. Este procedimiento solo se realiza en determinados contextos hospitalarios y se identifica como el menos frecuente y el más desconocido tanto para el personal de salud como para las acompañantes.

Atención oportuna

La oportunidad de atención evidencia contrastes relevantes. El personal de salud mencionó que en algunos servicios se prioriza la atención a personas foráneas, casos avanzados o situaciones de violencia sexual, con el objetivo de brindar respuestas rápidas y, por ende, oportunas. Sin embargo, en otros contextos persisten retrasos debido a filtros y requisitos administrativos, sistemas de turnos por fichas que obligan a llegar muy temprano, sobrecarga de trabajo en ciertas unidades por falta de oferta en otras, objeción de conciencia y desabasto de insumos, lo que afecta directamente la rapidez del servicio. Además,

se evidencia una brecha entre la percepción del personal de salud, que reporta atención oportuna, y la experiencia de las acompañantes, quienes refieren demoras que obligan a las personas usuarias a regresar varias veces a la unidad médica y, en algunos casos, desisten de continuar con el proceso.

Integración con otros servicios de salud

Si bien el personal de salud aborda que existen marcos normativos y rutas que prevén una atención integral —que incluya salud sexual y reproductiva, salud mental, atención a la violencia sexual y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)— en la práctica, la vinculación efectiva depende del conocimiento del personal, voluntad institucional y capacidad operativa de cada unidad. Las acompañantes señalan que no siempre se ofrecen o concretan canalizaciones efectivas, posiblemente vinculado al desconocimiento o a la alta demanda en otros servicios.

En común, varios estados cuentan con lineamientos que promueven la integración. En algunos casos, se mencionaron esfuerzos explícitos por activar protocolos, sobre todo, en contextos de violencia sexual. Sin embargo, el grado de articulación varía y frecuentemente se ve limitado por la carga de trabajo, la falta de personal capacitado o sensibilizado y la escasa supervisión del cumplimiento de dichos lineamientos.

En Quintana Roo, se expresó que la alta demanda en otros servicios ha impedido canalizaciones efectivas. En Puebla, aunque existe una articulación en papel, se indicó que rara vez deriva en servicios amigables o seguimiento integral. En Michoacán, aunque se asegura el egreso con método anticonceptivo, el desconocimiento del personal sobre los lineamientos impide una integración más amplia. El Estado de México y Michoacán ofrecen ejemplos en los que hay un desfase entre la narrativa institucional y la experiencia en campo. En ambos casos, el personal directivo reportó integración con programas de salud materna, prevención del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), salud mental y violencia de género; sin embargo, las acompañantes señalan que esta vinculación es poco frecuente, debido al desconocimiento del personal, omisión o falta de oferta.

Atención conforme al lineamiento

En todos los estados se reconoció al lineamiento técnico como guía central para la prestación de servicios, aunque persiste una brecha entre lo normativo y su implementación operativa, especialmente fuera de las unidades especializadas. Las principales diferencias entre entidades se relacionan con la disponibilidad de capacitación, el nivel de institucionalización del programa SAS y la voluntad institucional para aplicar el lineamiento de manera transversal en todos los niveles de atención. Las acompañantes reportaron inconsistencias en las indicaciones médicas, como el uso correcto de medicamentos, y falta de estandarización entre unidades, lo que evidencia debilidades en la implementación uniforme del lineamiento en todo el sistema de salud.

En Guerrero, se reportó en las entrevistas que el personal tiene un conocimiento limitado del mismo, lo que se refleja en prácticas inseguras, como la continuidad del uso del legado. Incluso se mencionó al menos un caso de muerte materna asociada a un aborto séptico. Tanto el personal de salud como las acompañantes destacaron la necesidad de fortalecer la difusión y capacitación sobre el lineamiento.

En todos los estados se reconoció al lineamiento técnico como guía central para la prestación de servicios, aunque persiste una brecha entre lo normativo y su implementación operativa.



¿Qué concluimos con esta investigación?



Foto: Archivo LSB.

Esta investigación constata que, a partir de la despenalización del aborto en un estado, se generan cambios positivos y significativos, como el aumento en la disponibilidad de servicios, el incremento en la prestación de abortos, la disminución gradual del uso del legrado y un mayor uso de medicamentos y AMEU. Un hallazgo relevante, de manera generalizada, es la disparidad de perspectivas entre el personal de salud y las acompañantes: mientras el personal reporta en su mayoría cumplir con el Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México, las acompañantes muestran una visión más crítica basada en la experiencia directa desde la sociedad civil.

En términos de *disponibilidad*, se evidencia que la cobertura de los servicios de aborto seguro es altamente desigual entre regiones, incluso dentro de los mismos estados. Las barreras más frecuentes son el centralismo en unidades médicas u hospitalarias, la objeción de conciencia y la débil implementación en unidades de primer nivel. Estas condiciones afectan principalmente a las mujeres y personas gestantes de comunidades rurales, indígenas y periféricas, perpetuando desigualdades estructurales en el acceso a la salud reproductiva.

El directorio de Servicios de Aborto Seguro ha sido una herramienta valiosa para visibilizar la oferta institucional. Sin embargo, la falta de actualización sobre las unidades que ahora ofertan el servicio limita el conocimiento de estas. En cuanto a las instituciones, la Secretaría de Salud y el IMSS-Bienestar concentran la mayor parte de la atención, mientras que el ISSSTE y los sistemas estatales participan de forma más reciente y poco difundida. La falta de participación de instituciones como el IMSS Ordinario, que cubre a la mayor parte de la población derechohabiente del país (59 %⁴¹⁻⁴²), así como de SEDENA, SEMAR y PEMEX, limita la cobertura del servicio, genera desigualdades entre derechohabientes y sobrecarga a otras instituciones.

El caso de la Ciudad de México muestra un modelo particular: el establecimiento de clínicas especializadas ha permitido consolidar un sistema eficiente e integral, que concentra recursos humanos y asegura continuidad en la atención. Sin embargo, este modelo no se ha replicado en el resto de los estados, donde los servicios se han incorporado de manera parcial a las unidades existentes. La política de focalización de los SAS en ciertas unidades representa un avance y constituye una buena práctica para territorializar la política de aborto. Sin embargo, debe considerarse que para garantizar una cobertura completa e integral, es necesario que el servicio se ofrezca de manera transversal en todas las unidades de salud, como un servicio más dentro de la atención regular, ya que normalmente se concentra en zonas urbanas y deja sin opciones a quienes viven en áreas rurales o alejadas obligándolas a asumir costos indirectos de traslado,

La idea de que la atención al aborto debe realizarse exclusivamente en hospitales de segundo o tercer nivel, contradice el lineamiento técnico, que establece la posibilidad de brindar el servicio de manera ambulatoria, incluso con AMEU, desde el primer nivel de atención. Esta interpretación restrictiva contribuye a la saturación hospitalaria, aumenta los costos presupuestales de la atención y limita a las usuarias el acceso oportuno.

Existen áreas de oportunidad para que todo el personal de salud contribuya a la prestación de estos servicios. La falta de capacitación sistemática en aborto, junto con la rotación de personal y la objeción de conciencia, genera dependencia de un reducido grupo de profesionales “no objetores”, provocando saturación y desigualdad territorial. Se propone un cambio de perspectiva: en lugar de asumir que existe personal “no objetor de conciencia”, todo el personal debería considerarse dispuesto a brindar la atención, salvo que se declare “objeto de conciencia” —práctica, que, según la SCJN y la LGS, no debería impedir que se brinde atención a quienes la soliciten.

En términos de insumos y medicamentos, el desabasto recurrente de mifepristona y misoprostol es una de las principales limitaciones en la atención. Aunque ambos fármacos forman parte del cuadro básico de medicamentos, su suministro se ve afectado por deficiencias logísticas y retrasos⁴³ derivados de la transición hacia IMSS-Bienestar. La falta de mifepristona obliga, en ocasiones, a utilizar únicamente misoprostol, lo cual disminuye la eficacia del procedimiento, alarga el proceso y genera mayores efectos secundarios⁴⁴⁻⁴⁵, comprometiendo la calidad de la atención. La falta de equipos básicos, como el de ultrasonidos, incrementa las dificultades para garantizar servicios seguros y oportunos, ya que obliga a las personas usuarias a esperar por el estudio dentro de la institución o a costearlo por fuera.

En cuanto a la *accesibilidad*, los datos cuantitativos de abortos nos muestran que, en varios estados, como Veracruz, Guerrero y Quintana Roo, la baja cantidad de procedimientos registrados tras la despenalización indica que la prestación del servicio no fue inmediata, observándose un incremento progresivo hasta dos años después. En contraste, en Puebla, Michoacán y Nayarit, la implementación de los servicios de aborto inducido fue más rápida tras la despenalización. A pesar de estos avances, las cifras siguen siendo muy dispares: la Ciudad de México continúa concentrando alrededor de la mitad de los abortos, mientras que en el resto de los estados persisten barreras que hacen pensar que impulsan el desplazamiento de personas hacia la capital. Las caídas en el registro de abortos totales en 2021 y 2023 son notables. Los datos preliminares de los primeros cinco meses de 2025 sugieren una mayor consolidación de los servicios, aunque aún con marcadas desigualdades territoriales.

Respecto a la IVE por violencia sexual, los datos resultaron difíciles de sistematizar debido a inconsistencias entre los registros de los cubos de lesiones y de servicios, por lo que se optó por considerar únicamente el cubo

de lesiones. Destaca la situación de Veracruz, que reportó el mayor número de casos de violación (526), de los cuales solo 6 derivaron en IVE según datos de la DGIS. Esto podría estar relacionado con la alta prevalencia de violencia sexual en el estado, la falta de acceso oportuno a anticoncepción de emergencia o subregistro en otras entidades. En todos los estados preocupa la baja proporción de IVE realizadas frente al total de embarazos por violación, lo que evidencia graves deficiencias en la implementación de la NOM-046-SSA2-2005 y en el acceso efectivo a la justicia reproductiva.

Los horarios de atención para ILE representan una barrera: en la mayoría de los estados, los SAS operan únicamente en turno matutino de lunes a viernes, lo que dificulta el acceso para personas que trabajan, estudian o tienen responsabilidades de cuidado.

Aunque se destacó que existe un discurso institucional de trato digno y no discriminación, persisten áreas de oportunidad, especialmente en relación con accesibilidad intercultural, discapacidad y diversidad sexogenérica. La ausencia de intérpretes en lenguas indígenas, materiales accesibles en braille o LSM, y protocolos específicos para personas trans y no binarias con capacidad de gestar, demuestra la falta de una atención centrada en la persona, con perspectiva de interseccionalidad e interculturalidad.

Asimismo, aunque la política de gratuidad representa un avance importante, en la práctica se registran casos en los que personas usuarias acuden a instituciones públicas fuera de los SAS y se les cobra por el servicio, y los costos indirectos (traslados, estudios, insumos), por lo que se genera una diferencia entre la gratuidad formal y la accesibilidad económica real.

También persisten desafíos vinculados a la interpretación de los múltiples estándares normativos relacionados con el aborto —sentencias de la SCJN, códigos penales, la NOM-046-SSA2-2005, la Ley General de Salud y el Lineamiento técnico—, lo que genera que el personal de salud tema posibles repercusiones legales. Esta situación provoca resistencias y prácticas restrictivas, como la negación del servicio en semanas avanzadas de gestación bajo supuesta justificación legal, o la exigencia de acompañamiento adulto para adolescentes, incluso cuando la normativa no lo contempla.

Otro factor que limita la accesibilidad es la presencia de grupos antiderechos en las afueras de algunas clínicas, quienes utilizan estrategias de desinformación para desincentivar a las personas usuarias. Dado que estas acciones ocurren en la vía pública, las unidades de salud tienen un campo de acción limitado, aunque realizan esfuerzos para orientar adecuadamente, por ejemplo,

colocando anuncios en las clínicas que alertan sobre la situación. En este contexto, el papel de las colectivas y organizaciones acompañantes ha sido clave: proporcionan información verificada, acompañan a las usuarias en su tránsito por el sistema de salud y funcionan como contrapeso frente a prácticas restrictivas o estigmatizantes.

Aunque la normativa permite la ILE hasta las 12 semanas y sin límite en las causales legales, en la práctica persisten interpretaciones restrictivas, desconocimiento técnico y carencias institucionales que dificultan el acceso. Esto se traduce en negaciones de servicio, derivaciones innecesarias y una aplicación desigual entre estados, evidenciando una brecha entre lo legal y lo operativo en la atención del aborto.

La difusión de los SAS depende, mayormente, de colectivas y redes de acompañamiento, mientras que los esfuerzos institucionales son poco visibles y con bajo alcance, sobre todo, en zonas rurales. En varios estados, la falta de señalización y restricciones políticas refuerzan la brecha informativa que dificulta el acceso efectivo a los servicios.

En suma, la percepción de accesibilidad a los SAS en México no puede entenderse únicamente desde la existencia legal o institucional del servicio, sino que influyen factores como la difusión de información, la distribución geográfica, la cultura institucional, la capacitación del personal, y las condiciones socioterritoriales de las personas usuarias. El contraste entre lo que indica la norma, lo que el personal médico considera accesible y lo que las acompañantes experimentan en la práctica destaca la necesidad de revisar integralmente los canales de comunicación, simplificar procesos administrativos, ampliar la cobertura territorial y garantizar entornos libres de estigma para que el derecho al aborto se ejerza de forma plena y equitativa.

En cuanto a la *aceptabilidad*, la perspectiva intercultural en los SAS presenta barreras en la mayoría de los estados: faltan traductores, materiales y capacitación. En cuanto a la perspectiva de género y diversidad, se reconoce que, aunque hay capacitaciones y cierta sensibilización, aún predominan enfoques binarios y excluyentes. En ambos casos, los avances son incipientes y desiguales, lo que restringe la atención inclusiva y equitativa.

La normativa y el personal entrevistado admite el acceso autónomo de adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva a partir de los 12 años. Sin embargo, en la práctica, su acceso a la ILE sigue condicionado por la exigencia de un adulto responsable, lo que vulnera la autonomía y confidencialidad de las adolescencias. Persisten, además, estigmas hacia ellas, que generan

demoras o intervenciones no consensuadas, como la colocación de anticonceptivos sin consentimiento.

En cuanto a la detección y atención de violencia sexual, existen herramientas estandarizadas que permiten identificar casos de abuso y vincularlos a procuradurías o ministerios públicos. Sin embargo, la implementación es desigual, lenta o incompleta en varios estados, lo que ha llevado a que algunas menores lleven a término embarazos no deseados.

Se suma que la consejería pre- y postaborto, aunque reconocida como parte integral de los SAS, todavía se ofrece de manera desigual, con sesgos hacia adolescentes o mujeres que acuden por abortos subsecuentes, lo que reproduce estigmas y limita la autonomía en la toma de decisiones.

Respecto a la *calidad*, debido a que la observación participante se realizó únicamente en unidades urbanas donde se concentran los SAS, estas unidades, en general, cumplieron con los estándares establecidos de infraestructura y servicios. No obstante, las personas entrevistadas reconocieron que esta no es la realidad de todas las unidades del país, especialmente las ubicadas en contextos rurales, donde persisten mayores retos en infraestructura. Esta diferencia territorial constituye un factor clave para comprender la heterogeneidad en la calidad de la atención.

En cuanto al tipo de procedimientos, se identificó un cambio significativo en las prácticas clínicas: ha disminuido el uso del legrado y ha aumentado el de AMEU y de medicamentos, en línea con las recomendaciones de la OMS, que señala la necesidad de sustituir el legrado por métodos más seguros y menos invasivos. Sin embargo, la cantidad de legrados que aún se realiza sigue siendo alta, por lo que su erradicación continúa siendo un objetivo pendiente. Este hallazgo es especialmente relevante, dado que el legrado ha sido históricamente una de las técnicas más utilizadas en el país, a pesar de los riesgos asociados y de la recomendación explícita de la OMS de eliminarlo de la práctica clínica.

Asimismo, el incremento del uso de métodos farmacológicos evidencia una transición hacia abordajes menos invasivos, en línea con las recomendaciones internacionales de promover el aborto con medicamentos como opción prioritaria. Este cambio no solo implica mejoras en la seguridad y en la experiencia de las personas usuarias, sino también una mayor eficiencia en la atención al poder realizarse de manera ambulatoria. Otro aspecto destacable es la reducción en los registros de procedimientos no especificados, una mejora en la precisión del registro contribuye a la gene-

ración de datos más confiables y útiles para la planeación y evaluación de políticas públicas.

Se encontró que la capacitación para el aborto seguro se realiza en todos los estados, varias veces al año, pero es limitada a cierto personal y existen diferencias entre estados, cubre principalmente el marco legal y técnicas básicas, con poca formación sobre procedimientos avanzados. Debido a que existen barreras por creencias del personal, se identificó la necesidad de abordar el estigma en procesos de sensibilización y que la capacitación sea una herramienta para que la objeción de conciencia no represente un obstáculo.

La atención oportuna en los SAS es desigual: se priorizan casos críticos, personas foráneas o víctimas de violencia sexual, pero retrasos por trámites administrativos, objeción de conciencia, desabasto de insumos y sobrecarga de trabajo afectan la rapidez del servicio. El personal percibe que la atención es oportuna, pero las personas usuarias y acompañantes reportan demoras que a veces desincentivan el acceso.

En cuanto a la integración con otros servicios de salud, aunque hay lineamientos y rutas para atención integral (salud sexual y reproductiva, salud mental, violencia sexual, ITS, etcétera), su implementación depende del conocimiento y la capacidad del personal, lo que resulta en una articulación limitada y desigual. Los esfuerzos específicos se concentran, sobre todo, en contextos de violencia, pero se ven obstaculizados por la sobrecarga de trabajo, la falta de personal capacitado y la escasa supervisión.

En conjunto, estos hallazgos muestran que la cobertura del servicio en los estados despenalizados es limitada por una fragmentación institucional, territorial y cultural que condiciona el acceso. El derecho a decidir, aunque reconocido legalmente, se mantiene sujeto a barreras estructurales que reproducen desigualdades históricas en el acceso a la salud reproductiva.

Recomendaciones



Foto: Archivo ILSB.

Cambios necesarios en las leyes y normas

- Eliminar el aborto del Código Penal Federal y de los códigos penales estatales, despenalizando la interrupción del embarazo en todas las entidades federativas conforme a los criterios establecidos por la SCJN, y regular su atención a través del sector salud.
- Armonizar la Ley General de Salud en materia de objeción de conciencia con base en la resolución SCJN 54/2018, garantizando claridad normativa y asegurando la atención a todas las personas que soliciten un aborto.

- ▶ Armonizar los lineamientos estatales con el Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro, eliminando los límites gestacionales para la interrupción del embarazo en casos de violencia sexual.

Disponibilidad

- ▶ Asegurar que todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, con especial énfasis en el IMSS Ordinario, brinden atención de aborto, garantizando así el derecho a la salud de las personas usuarias.
- ▶ Ampliar la cobertura territorial de los servicios de aborto seguro, estableciendo al menos una unidad médica por alcaldía o municipio, para facilitar el acceso a personas usuarias en zonas rurales o periféricas.
- ▶ Garantizar cobertura en todos los niveles de atención, priorizando el primer nivel para reducir la concentración en hospitales de segundo y tercer nivel.
- ▶ Incrementar el número de profesionales de la salud capacitados en aborto seguro, asegurando continuidad en la atención.
- ▶ Mantener actualizado el directorio de Servicios de Aborto Seguro, incluyendo todas las unidades que presten el servicio efectivamente.
- ▶ Garantizar el presupuesto suficiente destinado a la atención en salud reproductiva y a los servicios de aborto seguro.
- ▶ Garantizar el abasto y la distribución oportuna de medicamentos e insumos necesarios para la interrupción del embarazo y la atención postaborto.
- ▶ Fortalecer la sistematización de registros de atención a personas usuarias para planear el abasto de insumos, monitorear tendencias, evaluar el acceso y garantizar la prestación efectiva del servicio.

Accesibilidad

- ▶ Ampliar la perspectiva de accesibilidad, incluyendo infraestructura y materiales adaptados para personas con discapacidad visual, auditiva e intelectual, además de la discapacidad motriz.
- ▶ Incrementar la difusión de los servicios de aborto seguro con formatos accesibles para la diversidad de usuarias, usando televisión, radio,

- ▶ sitios web, redes sociales, módulos de información, materiales impresos y en diversas lenguas.
- ▶ Garantizar intérpretes, materiales informativos y consejería en lenguas indígenas y en Lengua de Señas Mexicana, especialmente en estados con alta población indígena.
- ▶ Asegurar atención médica en tiempos oportunos, priorizando casos con edades gestacionales avanzadas, menores de edad, personas migrantes y usuarias provenientes de otras localidades.
- ▶ Atender como urgencia médica a personas víctimas de violencia sexual, garantizando acceso a la IVE, profilaxis para la prevención del VIH e ITS y vinculación con instituciones de justicia según la NOM-046-SSA2-2005.
- ▶ Garantizar la IVE y la atención del aborto por causales, con énfasis en personas usuarias con embarazos mayores a 12 semanas de gestación.
- ▶ Desarrollar rutas oficiales y claras de referencia y contrarreferencia para la canalización entre las distintas unidades médicas.
- ▶ Ampliar los horarios de atención, incluyendo turnos vespertinos y fines de semana en unidades médicas estratégicas en distintos territorios.
- ▶ Eliminar la solicitud de requisitos no obligatorios, como identificación oficial o comprobante de domicilio, para evitar barreras administrativas, especialmente para personas migrantes.
- ▶ Implementar mecanismos de denuncia y seguimiento frente a la negación de servicio a personas usuarias.
- ▶ Realizar campañas de sensibilización comunitaria y establecer mecanismos de protección ante grupos antiderechos que hostigan a personas usuarias y personal de salud fuera de las unidades médicas.

Aceptabilidad

- ▶ Realizar acciones de capacitación y sensibilización en temas de aborto a todo el personal de las unidades de salud, incorporando perspectiva de derechos humanos, interculturalidad, interseccionalidad, género y juventudes, con información científica, laica y libre de estigmas.
- ▶ Garantizar que la objeción de conciencia no sea un obstáculo para brindar atención, asegurando la presencia de personal médico no objetor de conciencia en las unidades de salud.

- ▶ Asegurar que en la atención postaborto se ofrezcan métodos anticonceptivos e información sobre ellos, respetando la elección voluntaria y sin coerción, salvaguardando la autonomía sexual y reproductiva de las personas usuarias.
- ▶ Garantizar el acceso autónomo de adolescentes a partir de los 12 años, eliminando la exigencia de acompañamiento de una persona adulta cuando no es legalmente requerido, y asegurando confidencialidad en su atención.
- ▶ Fortalecer la activación efectiva y uniforme de rutas interinstitucionales, como la Ruta NAME y los protocolos de atención a violencia sexual en menores de edad, asegurando articulación con procuradurías de protección de niñas, niños y adolescentes y con servicios psicosociales.
- ▶ Establecer lineamientos institucionales claros para garantizar que hombres trans, personas no binarias con capacidad de gestar, personas migrantes o que viven con VIH reciban atención sin discriminación.

Calidad

- ▶ Erradicar el uso de procedimientos invasivos como el legrado uterino instrumental (LUI) y priorizar el uso de medicamentos farmacológicos y aspiración endouterina (AMEU, AEEU), en concordancia con los estándares de la OMS.
- ▶ Reforzar la capacitación y actualización de todo el personal que labora en las unidades médicas, enfocándose en técnicas actualizadas aprobadas por la OMS.
- ▶ Contar con mecanismos de monitoreo y evaluación de los servicios por estado, para garantizar que se brinde atención de calidad a las personas usuarias.
- ▶ Asegurar infraestructura y mantenimiento adecuados en todas las unidades médicas, urbanas y rurales, garantizando condiciones dignas, funcionales y sanitarias en los espacios de atención.
- ▶ Involucrar a colectivas de acompañantes y organizaciones de la sociedad civil en la supervisión de la implementación del servicio.

Seguiremos luchando e incidiendo para que el acceso al aborto legal y seguro sea una realidad para todas las personas. #AbortoLegal

**“Seguiremos
luchando e incidiendo
para que el acceso al
aborto legal y seguro
sea una realidad para
todas las personas.
#AbortoLegal”**



Referencias

1 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Sexual y Reproductiva. Dirección de Violencia Intrafamiliar. Lineamiento técnico para la atención del Aborto Seguro en México. [Internet]. México. 2022. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/779301/V2-FINAL_Interactivo_22NOV_22-Lineamiento_tecnico_aborto.pdf

2 Organización Mundial de la Salud. Aborto. Datos y Cifras. [Internet]. 2021. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

3 Guttmacher Institute. Embarazo no Planeado y Aborto Inducido en México: Causas y Consecuencias. [Internet]. 2013. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/report/embarazo-no-planeado-y-aborto-inducido-en-mexico-causas-y-consecuencias>

4 Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre la atención para el aborto. [Internet]. Ginebra. 2022. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362897/9789240057920-spa.pdf?sequence=1>

5 Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (ILSB). (2019). Manual de contraloría social en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes. Ciudad de México: ILSB. Disponible en: <https://ilsb.org.mx/bibliotecas/publicaciones/manual-de-contraloria-social-en-materia-de-salud-sexual-y-reproductiva-para-adolescentes-y-jovenes>.

6 Fals Borda O, Rahman M. A. (1991). Action and knowledge: Breaking the monopoly with participatory action-research. Apex Press.

7 Centro Nacional de Equidad de Género, Salud Sexual y Reproductiva. ¿Qué hacemos? [Internet]. México. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Ccnegssr/es/que-hacemos>

8 Lázaro, R. Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitarios y sociosanitarios. [Internet]. Cuenca. 2021. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/server/api/core/bitstreams/fce7592f-03c4-4c13-9f2f-ccee2180a70b/content>

9 Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Interrupción legal del embarazo (ILE). Estadísticas, abril 2007-junio de 2025. [Internet]. Ciudad de México. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://ile.salud.cdmx.gob.mx/estadisticas-interrupcion-legal-embarazo-df/>

10 Suprema Corte de Justicia de la Nación. Acción de Inconstitucionalidad 148/2017. [Internet]. Ciudad de México. 2021. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/sentencia/2022-05/AI%20148-2017.pdf>

11 Suprema Corte de Justicia de la Nación. Acción de Inconstitucionalidad 54/2018. [Internet]. Ciudad de México. 2018. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/proyectos_resolucion_scjn/documento/2021-08/AI%2054-2018%20-%20PROYECTO.pdf

12 Suprema Corte de Justicia de la Nación. Contradicción de criterios 273/2021. [Internet]. Ciudad de México. 2022. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www2.scjn.gob.mx/juridica/engroses/1/2021/4/2_288465_6080_firmado.pdf

13 Suprema Corte de Justicia de la Nación. Amparo en revisión 267/2023. [Internet]. Ciudad de México. 2023. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2023-08/230830-AR-267-2023.pdf

14 Instituto Mexicano del Seguro Social. ¿Qué era el Seguro Popular? [Internet]. Ciudad de México. 2024. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/imss/articulos/que-era-el-seguro-popular?idiom=es>

15 Diario Oficial de la Federación. [Internet]. Ciudad de México. 31 de agosto de 2022. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663064&fecha=31/08/2022#gsc.tab=0

16 World Health Organization (WHO). 18. Pregnancy, childbirth or the puerperium. Abortive outcome of pregnancy. JA00.1 Induced abortion. En ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. [Internet]. Geneva. 2019. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1517114528>.

17 UN Economic and Social Council. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. [Internet]. Ginebra. 2000. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/leg/coment/cescr/2000/es/36991>

18 Instituto Danés de Derechos Humanos. La DAAC y la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Indicadores Internacionales para la Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad. [Internet]. 2017. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.humanrights.dk/files/media/migrated/aaaq-srhr_issue_paper_dihr_2017_spanish.pdf

- 19 Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Política sobre el personal de salud 2030: fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes. [Internet]. Washington, D.C. [Fecha de consulta 3 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd606-politica-sobre-personal-salud-2030-fortalecimiento-recursos-humanos-para-salud-fin>
- 20 Organización Mundial de la Salud. Abortion care guideline. [Internet]. Ginebra: OMS; 2022. [Fecha de consulta 3 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
- 21 Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud. [Internet]. México. 2024. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- 22 Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad. Diario Oficial de la Federación; 2012. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-015-SSA3-2012.pdf>
- 23 Secretaría de Salud. Lineamientos Interculturales para el diseño y operación de los servicios y programas de salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural; 2024. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/796349/LINEAMIENTOS_INTERCULTURALES_Fnl.pdf
- 24 Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Ley de Migración. Diario Oficial de la Federación; 25 mayo 2011 (última reforma: 27 mayo 2024). Disponible en: <https://bibliolex.gob.mx/leyes/ley-de-migracion/>
- 25 Secretaría de Salud. Plan integral de atención a la salud de la población migrante. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; [s. f.]. Disponible en: <https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/PlanIntegralAttnSaludPobMigrante.pdf>
- 26 Secretaría de Salud. Guía de Atención para la Salud de Niñas, Niños y Adolescentes en Contexto de Movilidad Humana. [Internet]. México. [Fecha de consulta 3 de septiembre de 2025]. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/PlanIntegralAttnSaludPobMigrante.pdf>
- 27 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Sexual y Reproductiva. Dirección de Violencia Intrafamiliar. Lineamiento técnico para la atención del Aborto Seguro en México. [Internet]. México. 2022. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-FINAL_Interactivo_22NOV_22-Lineamiento_te_cnico_aborto.pdf
- 28 Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Diario Oficial de la Federación; 16 de abril de 2009. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/LeyesNormasReglamentos/NormaOficialMexicana/NOM-046-SSA2-2005_ViolenciaFamiliarSexual.pdf

- 29 Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre la atención para el aborto. [Internet]. Ginebra. 2022. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362897/9789240057920-spa.pdf?sequence=1>
- 30 Suprema Corte de Justicia de la Nación. Acción de Inconstitucionalidad 148/2017. [Internet]. Ciudad de México. 2021. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/sentencia/2022-05/AI%20148-2017.pdf>
- 31 Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Diario Oficial de la Federación; 8 de enero de 2013. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-016-SSA3-2012.pdf>
- 32 Centro Nacional de Equidad de Género, Salud Sexual y Reproductiva. Directorio de Servicios de Aborto Seguro. [Internet]. México. 2024. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegssr/articulos/directorio-de-servicios-de-aborto-seguro>
- 33 Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Interrupción Legal del Embarazo (ILE). [Internet]. Ciudad de México. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/ILE>
- 34 Se tomó como referencia la edad reproductiva marcada por la OMS, sin embargo, se reconoce que existen embarazos en edades más tempranas.
- 35 Diario oficial de la Federación. Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar. [Internet]. México. 2022. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0
- 36 Comisión Nacional de los Derechos Humanos. NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. [Internet]. Ciudad de México. 2016. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/LeyesNormasReglamentos/NormaOficialMexicana/NOM-046-SSA2-2005_ViolenciaFamiliarSexual.pdf
- 37 Gaceta Oficial del Distrito Federal. Acuerdo que reforma, adiciona y deroga diversos puntos de la circular/GDF-SSDF/01/06 que contiene los lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud relacionados con la interrupción del embarazo en el Distrito Federal. [Internet]. Distrito Federal. 2007. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/mayo07_04_75.pdf
- 38 Suprema Corte de Justicia de la Nación. Acción de Inconstitucionalidad 54/2018. [Internet]. Ciudad de México. 2018. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/LeyesNormasReglamentos/NormaOficialMexicana/NOM-046-SSA2-2005_ViolenciaFamiliarSexual.pdf

agosto de 2025]. Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/proyectos_resolucion_scjn/documento/2021-08/AI%2054-2018%20-%20PROYECTO.pdf

39 Secretaría de Gobernación. Guía para la implementación de la “Ruta para la atención y protección integral de niñas y adolescentes madres y/o embarazadas menores de 15 años. [Internet]. Ciudad de México. 2020. [Fecha de consulta 4 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/577810/Guia_Implementacion_Ruta_NAME_FINAL.pdf

40 Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. [Internet]. México. 2013. [Fecha de consulta 3 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/512104/NOM-016-SSA3-2012.pdf>

41 Instituto Mexicano del Seguro Social. Derechohabiencia aumentó en 9.2 millones de usuarios por una mejor recaudación y nuevos programas de aseguramiento. [Internet]. México. 2024. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202407/343>

42 Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México. [Internet]. Ciudad de México. 2024. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/952327/LSDM_24_Completo_WEB_smallpdf_Parte1.pdf

43 Cruz, A. Un problema de distribución ocasiona el desabasto de medicamentos. La jornada. [Internet]. 6 de agosto de 2025. [Fecha de consulta 4 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2025/08/06/politica/O16n1pol>

44 Ipas. Aborto seguro con mifepristona y misoprostol. [Internet]. México. 2020. Fecha de consulta 29 de agosto de 2025. Disponible en: <https://ipasmexico.org/2020/12/16/aborto-seguro-con-mifepristona-y-misoprostol/>

45 Shimels T, Getnet M, Shafie M, Belay L. Comparison of mifepristone plus misoprostol with misoprostol alone for first trimester medical abortion: a systematic review and meta-analysis. *Front Glob Womens Health*. Marzo de 2023;4:1112392. Doi: 10.3389/fgwh.2023.1112392. PMID: 36970118; PMCID: PMC10038101.



FB: @ILSB.AC X: @ilsb_ac IG: @ilsb.ac www.ilsb.org.mx
IG: @redefine.mx TikTok: @redefine.mx