

ABORTO

De la despenalización
al acceso



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

Hallazgos estatales:
Estado de México

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

Coordinación de la investigación
Ana Cristina Gaspar Santana

Equipo redactor
Rosario Salgado González / Investigadora REDefine Estado de México
Ana Laura Rodríguez Cortés / Oficial de Formación REDefine
Ana Cristina Gaspar Santana / Coordinadora Nacional REDefine
Pascale Brennan / Oficial de Incidencia REDefine
Diego Esquivel Vilchis / Oficial de Incidencia REDefine

Organización
Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (ILSB)
Silvia Soler Casellas / Directora interina ILSB
Margarita Castilla / Gerente de Desarrollo estratégico

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

Diseño editorial: Rogelio Vázquez

Primera edición digital: Ciudad de México, México, 2026

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
Ddeser Edomex

© Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (ILSB), 2026.
Esta publicación se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución–No Comercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0). Se permite copiar, distribuir, comunicar públicamente y adaptar el contenido, siempre que se otorgue el crédito correspondiente al Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, no se utilice con fines comerciales y se indique si se realizaron cambios. Para consultar los términos completos de la licencia, visite: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

ÍNDICE

Introducción	5
Glosario	8
Antecedentes	11
¿Qué encontramos?	
Hallazgos estatales Estado de México	14
Disponibilidad	14
Accesibilidad	15
Aceptabilidad	22
Calidad	24
¿Qué concluimos con esta investigación?	28
Recomendaciones	32
Referencias	37

ABORTO. De la despenalización al acceso

Instituto De Liderazgo Simone De Beauvoir



Foto: Archivo ILSB



Introducción

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.

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. Por medio 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 *De la Despenalización al Acceso: Contraloría social y diagnóstico sobre el aborto legal en ocho estados de México*¹, presentada en septiembre de 2025 y que tiene como objetivo principal describir la situación actual del acceso al aborto legal en los Servicios de Aborto Seguro (SAS) del sistema público de salud en ocho estados que han despenalizado el aborto hasta junio de 2025: Ciudad de México, Estado de México, Guerrero, Nayarit, Michoacán, Quintana Roo, Puebla y Veracruz.

La investigación buscó documentar avances, identificar barreras y generar evidencia que permita orientar políticas públicas y acciones concretas para garantizar que la despenalización se traduzca en un derecho efectivo para todas las personas que lo requieran, independientemente de su lugar de residencia o situación socioeconómica.

El estudio adoptó un enfoque de Investigación Acción Participativa (IAP), en el que las propias activistas de REDefine asumieron el rol de investigadoras. La metodología mixta cualitativa y cuantitativa, combinó el análisis de datos oficiales pertenecientes a la Dirección General de Información en Salud

(DGIS) del periodo 2020–2025, observación participante en clínicas y hospitales, entrevistas semiestructuradas a personas clave: personal operativo del IMSS-Bienestar y administrativo del sector salud y acompañantes de aborto, mismas que se presentarán de manera anónima. Este enfoque permitió integrar la experiencia territorial de las activistas con datos oficiales, ofreciendo una visión más integral de la implementación de los SAS y de los retos que enfrentan las personas usuarias.

Se aplicó el marco de Derechos Humanos y Salud para evaluar los servicios, conforme a la Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad (DAAC) conforme a los elementos del derecho a la salud desarrollados por el Comité que interpreta el PIDESC², así como en los indicadores que para cada elemento asigna la Organización Mundial de la Salud (OMS), mismos que están presentes en el Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México³ y que consisten de manera general en contar con suficientes unidades que brinden el servicio con personal capacitado, medicamentos e insumos, en ser accesibles –geográficamente, económicamente, sin discriminación y en información–, pertinentes culturalmente, en cumplir con estándares científicos y éticos, y brindar atención con perspectiva de género, considerando la discriminación estructural hacia ciertos grupos de personas que viven pobreza, marginación o violencia.

A partir del reconocimiento del valor que tiene motivar la transformación estructural desde el ámbito local, se prepararon ediciones de la investigación por cada uno de los ocho estados, con el fin de ofrecer un panorama detallado sobre los avances, desafíos y oportunidades respecto a cada uno. Este documento presenta los hallazgos específicos correspondientes al Estado de México, que desde noviembre del 2024 despenalizó el aborto.

La investigación pone sobre la mesa que la despenalización es solo el primer paso para garantizar el acceso efectivo al servicio. El avance progresivo en los elementos de calidad, disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad requiere voluntad política, recursos, capacitación y compromiso institucional. Este informe es una herramienta diagnóstica para activistas, personal de salud y tomadores de decisión, para identificar el estado de los servicios y así dar paso a su transformación. Asegurar SAS disponibles, accesibles, aceptables y de calidad es, ante todo, garantizar la salud, la autonomía y la dignidad.



**Para consultar la investigación completa consulta:
bit.ly/investigacion_aborto**



Glosario

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...” (3, 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 vivo⁴.

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 postaborto (3, p.1).

IMSS-Bienestar: “tiene por objeto brindar a las personas sin afiliación a las instituciones de seguridad social atención integral gratuita médica y hospitalaria con medicamentos y demás insumos asociados, bajo criterios de universalidad e igualdad, en condiciones que les permitan el acceso progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación alguna, ya sea mediante el Modelo de Atención Integral a la Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social o, en su caso, el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, mismo que debe considerar la atención integral que vincule los servicios de salud y la acción comunitaria, según lo determine su Junta de Gobierno”⁵.

IMSS Ordinario: El Instituto Mexicano del Seguro Social fomenta la salud de la población trabajadora asegurada y de sus familias, de los pensionados y de los estudiantes de manera integral, a través de la provisión de servicios preventivos y curativos médicos, de guarderías y de prestaciones económicas y sociales⁶. previstos en la Ley del Seguro Social⁷. Nos referimos a esta institución como “IMSS Ordinario” o “IMSS Régimen Ordinario” para hacer distinción del IMSS Bienestar.

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 (3, 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 (3, p.3).

Lineamiento Técnico de Aborto Seguro: “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” (3, p.10).

Ruta NAME: Mecanismo para la Articulación Intersectorial para la Atención de Niñas y Adolescentes Madres y/o Embarazada “Que las dependencias de la Administración Pública Estatal y/o Municipal, en coordinación con la sociedad civil organizada, identifiquen, atiendan y protejan de manera integral, hasta la restitución de sus derechos, a las niñas y adolescentes madres y/o embarazadas menores de 15 años (NAME) y a sus hijas e hijos, que sean detectadas/os en los diferentes espacios en los que interactúan: de salud, escolar, familiar, de procuración de justicia, deportivos y de convivencia comunitaria, entre otros”⁸.

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 (3, p.4).



Foto: Aide Nohemi Cerero



Antecedentes

Gracias a la lucha de diversas organizaciones y colectivas, el 6 de diciembre de 2024 se publicó en el Periódico Oficial Gaceta de Gobierno del Estado de México⁹ la reforma que despenalizó el aborto hasta las doce semanas de gestación. Esta modificación reformó los artículos 248 y 251 y derogó el artículo 249 y 250 del Código Penal del Estado de México. Con ello, se estableció que la interrupción del embarazo no será sancionada penalmente cuando se realice dentro de las primeras doce semanas de gestación.

En este sentido, la reforma amplió las causales en las que el aborto no es un delito. El Código Penal ya establecía como excepciones a la responsabilidad penal los supuestos en que la interrupción del embarazo hubiera sido resultado de una acción culpable de la mujer embarazada; cuando el embarazo sea resultado de un delito de violación; cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte a juicio del médico que la asista y cuando a juicio de personal médico exista prueba suficiente para diagnosticar que el producto sufre alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar por resultado el nacimiento de un ser con trastornos físicos o mentales graves, siempre y cuando se cuente con el consentimiento de la madre. La reforma añadió dos causales más de excepción en el caso de que el embarazo sea resultado de una implantación de óvulo fecundado o inseminación artificial no consentida, independientemente de que exista o no denuncia de esos hechos; y si la mujer embarazada o persona gestante fue ocultada, obstaculizada, amenazada o privada de su libertad para evitar realizar la interrupción dentro del plazo de las doce semanas, y si existe un trastorno ginecológico que, a juicio del personal médico especialista, haya impedido a la mujer o persona gestante tener el conocimiento del embarazo.

A la par de estos avances legislativos, es necesario observar las condiciones institucionales que pueden influir en su implementación. Por ejemplo,

como parte de los antecedentes importantes, es relevante señalar que el Estado de México, al igual que Jalisco, tiene 125 municipios, esto la convierte en la cuarta entidad federativa con mayor número de municipios después de Oaxaca, Puebla y Veracruz. De acuerdo con el Catálogo Nacional de Indicadores del Sistema Nacional de Estadística y Geográfica (SNIEG)¹⁰, el Estado de México se encuentra entre las tres entidades del país con menor proporción de personal médico en instituciones públicas de salud por cada mil habitantes al ser de 1.54 para 2023, último año de actualización, lo que contrasta con la meta planteada por la Organización Panamericana de Salud (OPS) de 4.5 en la región¹¹.

Estos avances normativos y programáticos representan un paso fundamental hacia la garantía del derecho a decidir y el acceso a servicios de salud reproductiva en condiciones seguras, no obstante, no son condiciones suficientes para su concreción pues su efectividad depende también de las capacidades institucionales, la voluntad política y las condiciones materiales existentes en el territorio.



Foto: Aide Nohemi Cerero



¿Qué encontramos? Hallazgos estatales Estado de México

Disponibilidad

Centros de salud que brindan el servicio de aborto en Estado de México

Existe disparidad de información respecto a los servicios disponibles, acorde al directorio de Servicios de Aborto Seguro¹² se reportan dos hospitales que brindan el servicio, la persona acompañante menciona trece unidades, sin embargo, el personal de salud entrevistado reporta diecisiete unidades en total y agrega que esto se debe a que los dos mencionados en el directorio cumplen específicamente con todas las características que dice el lineamiento, pero ya hay más unidades que brindan el servicio.

Instituciones públicas que ofrecen el servicio de aborto

El personal entrevistado de servicios de salud señaló que las instituciones públicas que ofrecen el servicio son IMSS Bienestar, ISSEMYM, ISSSTE, IMIEM. Mientras que la acompañante, mencionó los nombres de los hospitales, pero no especificó qué tipo de instituciones públicas son.

Centros de salud suficientes

Tanto el personal de salud como la acompañante mencionan que los centros de salud son poco o algo suficientes. Esto se debe a que hay pocos centros de salud de primer nivel que brindan el servicio porque están limitados por la capacidad que tienen los mismos centros, y también porque se limitan a ofrecer el servicio aun cuando se debería ofertar en todas las unidades de salud del estado.

Asimismo, se menciona como limitante el desconocimiento del personal para brindar el servicio, a lo que el personal de salud añade que tienen el objetivo de fortalecer los roles ampliados para que personal diverso pueda atender casos de bajo riesgo y ampliar la atención en los centros, por ejemplo

se menciona que la enfermera prenatal podría atender siempre y cuando haya una valoración médica adecuada. La otra persona entrevistada de salud menciona que, se han percatado que a raíz de que en una unidad realizan interrupciones de gestaciones avanzadas, varias unidades de la jurisdicción les han referido pacientes para que hagan el proceso, aunque esas unidades tienen la capacidad de poder hacerlo.

Personal suficiente

En seguimiento al apartado anterior, las personas entrevistadas coinciden en que existe poco personal de manera general y la objeción de conciencia limita quienes pueden atender estos servicios, una persona del sector salud señala; “no tenemos el suficiente personal para brindar la atención, y sumemos la variable -suficiente personal no objetor de conciencia-”. Durante la observación participante se encontraron lonas enunciando que trabajan bajo protesta debido a falta de personal médico, entre otras demandas.

Insumos y medicamentos suficientes

La percepción sobre la suficiencia de insumos y medicamentos es distinta entre las entrevistadas, una entrevistada del personal de salud reporta suficiencia de mifepristona y misoprostol en su unidad, la otra entrevistada menciona que cuando falta en alguna unidad se transfieren a otras. Sin embargo, la persona acompañante refiere lo contrario; “no tienen los medicamentos, no tienen las herramientas, el instrumental adecuado”.

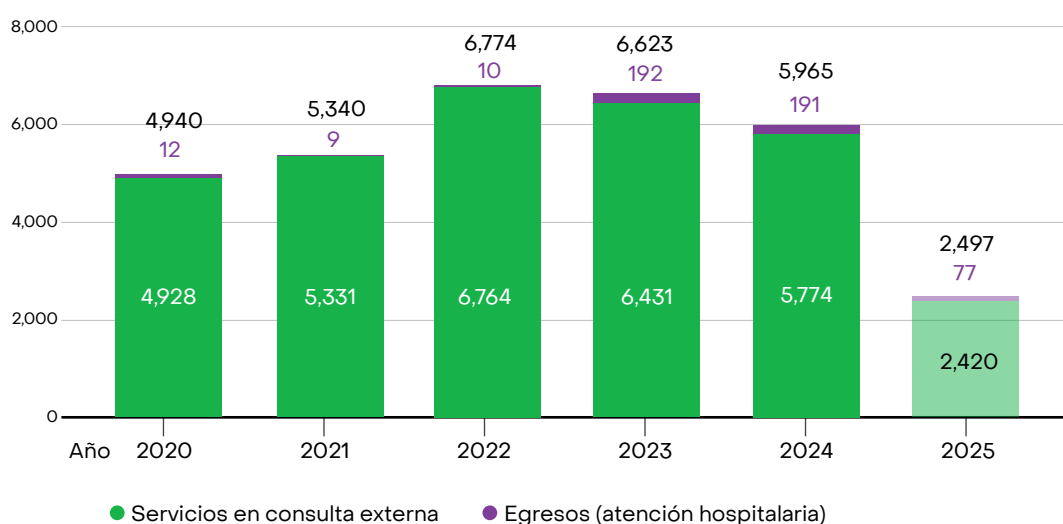
Accesibilidad

Respecto a los servicios de aborto brindados, durante el periodo de 2020 a mayo de 2025, el Estado de México ha registrado una tendencia diferenciada entre los abortos atendidos en unidades hospitalarias y aquellos realizados en servicios ambulatorios. La gran mayoría de los casos se ha concentrado principalmente en hospitales. En 2020 se reportaron cuatro mil novecientos veintiocho abortos hospitalarios frente a solo doce en servicios ambulatorios; esta proporción se mantuvo similar en 2021 y 2022, cuando los abortos hospitalarios ascendieron a cinco mil trescientos treinta y uno y seis mil setecientos sesenta y cuatro, respectivamente, mientras que los ambulatorios se mantuvieron en menos de diez o doce casos anuales. A partir de 2023 se

ABORTO. De la despenalización al acceso

observa un ligero incremento en la atención ambulatoria, con ciento noventa y dos servicios en 2023 y 191 en 2024, año en que se despenalizó el aborto en el estado. En los primeros cinco meses de 2025 se registran dosmil cuatrocientos veinte abortos hospitalarios y setenta y siete ambulatorios, manteniendo la predominancia hospitalaria.

Abortos atendidos en el Estado de México



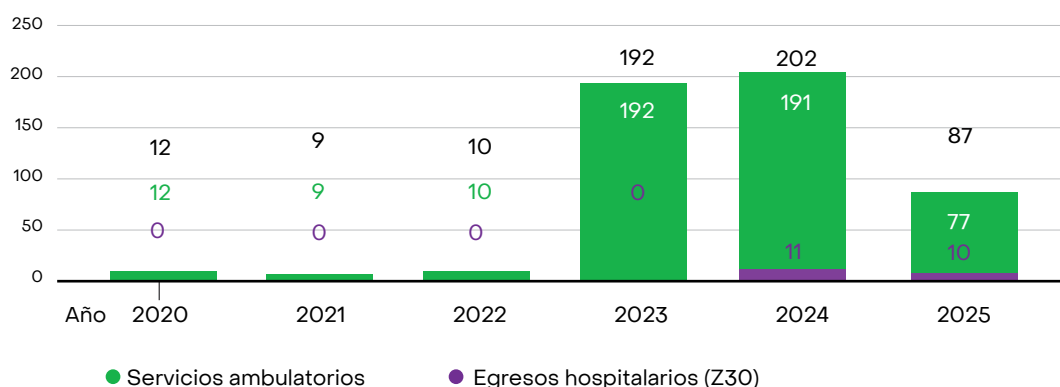
Fuente: Elaboración propia con datos de los cubos de egresos y servicios de cubos dinámicos, de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Recupera todos los abortos atendidos en Estado de México por el sector salud, incluyendo los códigos CIE O03, O04, O05, O06, O08 y Z30.03. Consultado en junio de 2025, los datos de este año son preliminares y consideran únicamente el periodo de enero a mayo.

Respecto al aborto inducido, entre 2020 y 2022, el Estado de México no registró egresos hospitalarios por aborto (código Z30) y apenas se reportaron entre nueve y doce servicios ambulatorios anuales, lo que refleja una atención muy limitada antes de la despenalización. En 2023 se observa un incremento notable en los servicios ambulatorios (siento noventa y dos), posiblemente vinculado al Lineamiento Técnico para la atención del aborto Seguro. Tras la despenalización del aborto en noviembre de 2024, se registran por primera vez once egresos hospitalarios y ciento noventa y uno servicios ambulatorios, lo que evidencia la apertura de servicios públicos para la interrupción del

embarazo. En 2025, aunque los datos corresponden solo al periodo enero-mayo, se contabilizan diez egresos hospitalarios y setenta y siete servicios ambulatorios, lo que sugiere una continuidad en la atención en los primeros meses de implementación plena de la política.

Servicios de aborto inducido en Estado de México

Año de despenalización: 2024

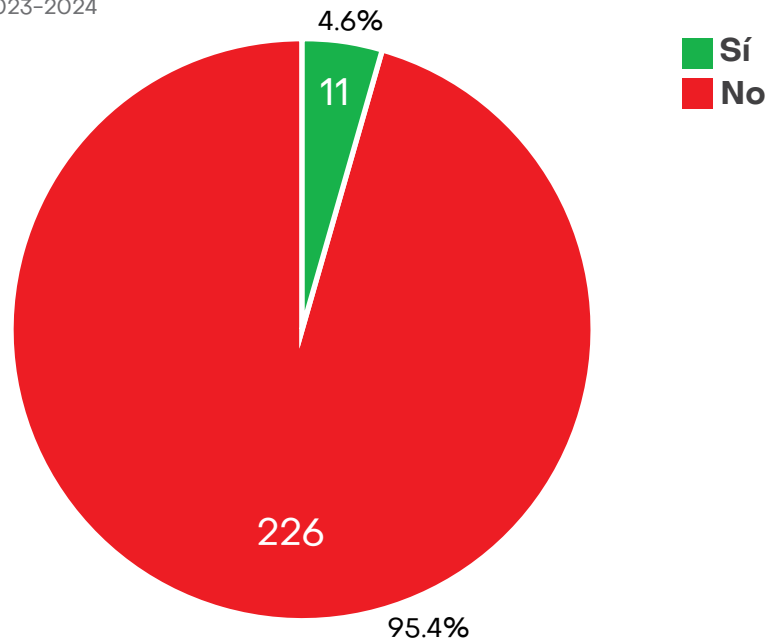


Fuente: Elaboración propia con datos de egresos (CIE Z30.3) y servicios de cubos dinámicos, de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Recupera los abortos atendidos en Estado de México por el sector salud. Consultado en junio de 2025, los datos de este año son preliminares y consideran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

Durante el periodo 2023–2024, en las unidades médicas del Estado de México se registraron doscientos treinta y siete embarazos producto de violencia sexual, de los cuales doscientos veintiseis no derivaron en una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y once sí culminaron en este procedimiento. Esto significa que solo alrededor del 4.6 % de los casos de embarazo por violencia sexual accedieron a una IVE, mientras que la gran mayoría (más del 95 %) no accedieron a una IVE. Estos datos sugieren que, a pesar de la existencia de un marco legal que permite la interrupción del embarazo en casos de violación, el acceso efectivo a este derecho sigue siendo limitado.

Embarazos producto de violación que recibieron IVE

Estado de México 2023-2024



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

De acuerdo con la acompañante, existe poca accesibilidad de los servicios a pesar de la despenalización: hay muchas personas que viajan a la Ciudad de México porque es más fácil tener acceso al servicio, o prefieren el acompañamiento en casa, antes de solicitar un SAS. Durante la observación participante, en el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz no se observa algún tipo de información sobre los SAS y desde el primer acercamiento al personal de seguridad que se encuentra en la entrada principal, respondió que no contaban con el servicio.

Ubicación clínicas accesibles

Las entrevistadas coinciden en que la mayoría de los centros de salud del estado se puede llegar sin mayor conflicto. Sin embargo una entrevistada del personal médico y la acompañante mencionan que muchas veces estas unidades no tienen los servicios y refieren a las personas a otros lugares, lo cual limita el acceso por múltiples factores como falta de dinero, transporte, horario, entre otras.

Horarios accesibles

Los horarios de los SAS dependen de cada unidad. Algunos centros de salud brindan atención de entre 7:00 y 8:00 a 14:00 y 16:00, sin embargo acorde a una de las personas de salud entrevistadas, la IVE está disponible como una urgencia las veinticuatro horas. La acompañante menciona que el horario tendría que ser más extenso para cubrir las necesidades de las personas que trabajan, para evitar hacer filas para conseguir una ficha médica o llegar en horario donde no hay atención y se retrase el acceso.

Requisitos para ILE e IVE

De acuerdo con una de las personas entrevistadas de salud, para tener acceso a la ILE e IVE no hay un requisito indispensable, pero es preferente que acudan con una identificación oficial. Por otro lado, la otra persona entrevistada de salud, comenta que la usuaria puede llegar solicitando el servicio al área de urgencias o al módulo de violencia y ahí hacen la petición; “solo nos llenan su carta en donde nos hace saber que existe esta situación y nosotros hacemos el proceso de interrupción”. En el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz se mencionó que la mayoría de personas que ingresan buscando el servicio de aborto es porque llevan un formato de la institución que las canaliza (como la fiscalía) además, necesitan INE y una persona acompañante.

Semanas de gestación hasta que se brinda el servicio

En servicios de ILE se brinda hasta las doce semanas de gestación y en situaciones de IVE no hay límite de edad gestacional de acuerdo con el personal de salud entrevistado. La otra persona entrevistada señala que en el Hospital Materno Infantil Miguel Hidalgo y Costilla Los Reyes La Paz señala que han realizado interrupciones de veintiocho semanas; “nosotros tenemos y hemos incursionado en gestaciones avanzadas”.

Negación servicio

Una de las personas entrevistadas de salud menciona que el personal del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) o IMSS Bienestar está capacitado para brindar atención sobre los servicios; “difícilmente, habrá un rechazo”. Sin embargo, la acompañante menciona que sí se niegan los servicios por no tener medicamentos y herramientas. La otra persona entrevistada del sector salud refiere que en el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz la mayoría del personal médico son objetores de conciencia, por lo tanto no realizan el procedimiento, sin embargo dan cita en un horario donde se encuentre personal no objetor de conciencia o se canaliza a CDMX, porque allá hay menos dificultad en los procedimientos.

Rutas de referencia entre clínicas e instituciones

Una de las entrevistadas de salud afirma que sí hay un manual de referencia y contrarreferencia del ISEM; “nosotros tenemos un directorio de enlaces aquí de las otras instituciones”, se trata de una red que se establece entre los distintos módulos de violencia que tienen el programa de aborto seguro; “si ellos no pueden brindar la atención, se hace el enlace a nivel estatal para busca el servicio más cercano para que se pueda brindar la atención”, la acompañante menciona que sí existen esas rutas, pero no las utilizan.

Accesibilidad física

Una de las personas de salud entrevistada, al igual que la persona que brinda acompañamiento, refieren que casi ninguna unidad tiene las condiciones adecuadas para el ingreso de una persona con discapacidad que no vaya acompañada. En el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz se observan rampas, pasamanos en entradas principales y en sanitarios.

Accesibilidad económica

Las personas entrevistadas coinciden en que los servicios son gratuitos. Sin embargo, cabe resaltar que hay servicios de salud que refieren a las personas usuarias a otras unidades médicas o inclusive a la Ciudad de México, lo cual genera otros gastos.

Servicios sin discriminación

Sí hay situaciones de discriminación, parte de las entrevistadas de salud mencionan que; *“el simple hecho de que no exista personal suficiente en las*

unidades ya es una situación estructural de discriminación, ya es una violencia estructural e institucional. Hay discriminación hacia adolescentes y niñas, cuando se vuelve un tema de moral o de ética para atender casos de violación pero ILE no, porque no hay violación, no es niña, no es adolescente, etcetera". Por otra parte, la misma persona compartió en la entrevista que dentro del mismo personal, persisten prejuicios y estigma sobre quienes abortan lo que se traduce en barreras institucionales. La otra persona de servicios de salud menciona que no hay discriminación.

Accesibilidad en lenguas indígenas

Las personas entrevistadas concuerdan que no hay información específica en lenguas indígenas. Sin embargo, en el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz se observaron algunos nombres de áreas o espacios en lenguas indígenas otomí y mazahua. Además, una de las personas entrevistadas comentó que tienen los derechos sexuales y reproductivos en las cinco lenguas de la región, además de un vídeo que habla sobre una vida libre de violencia en eh Otomí y en Mazahua, donde se hace referencia al aborto.

Accesibilidad en Lengua de Señas Mexicana y braille

Las personas entrevistadas coinciden en que hay poca información de los servicios en braille y hay poco personal que tiene conocimiento respecto a la Lengua de Señas Mexicana. Sin embargo, una persona entrevistada del sector salud refiere que en algunas unidades aplican Modelo de Atención con Mecanismos Incluyentes (MOASMI) que deriva del programa de igualdad de género de nivel federal, y que a través de este se ha capacitado a personal de estas unidades en lengua de señas. En el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz se observaron algunos nombres de áreas y espacios en braille.

Accesibilidad para personas migrantes

Una de las personas entrevistadas de salud menciona que “toda mujer o persona en situación de movilidad o migrante tiene acceso a estos servicios sin necesidad de pedirles algún requisito”. La otra persona del sector salud menciona que “no se discrimina, el hecho de que sean inmigrantes o no les impide acceder al servicio”. Sin embargo, la acompañante enuncia falta de información o de medidas de acción de los centros de salud respecto al tema.

Estrategias de difusión

Tanto el personal de salud como la acompañante reconocen que hacen falta estrategias de promoción y difusión. Una de las entrevistadas de salud menciona que han trabajado estrategias de difusión a través de la creación de flujogramas, dípticos, trípticos, que manda el CNEGSSR dirigido al personal de salud para la sensibilización, también mencionan que han participado con sociedad civil: *“nos hemos vinculado con Socialis y Abortistas Mx para el diseño de materiales, tenemos un micrositio de aborto seguro en la página del ISEM”*. La otra entrevistada del sector salud menciona; *“la población no tiene esa información porque en la entrevista con las usuarias, muchas todavía no saben que ese es su derecho”*. En el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz no se observó ningún tipo de material informativo visible sobre los SAS, y el personal mencionó; *“aún no se puede difundir abiertamente el tema porque apenas se acaba de despenalizar y aún no se tiene la orden de colocar publicidad dentro o fuera del hospital”*. La persona acompañante señala que son las colectivas quienes hacen esta difusión, pero es limitada ya que el alcance no llega a todo el estado.

Obstáculos normativos

Uno de los principales obstáculos normativos para el acceso a los servicios son los protocolos internos de las instituciones, ya que no hay una homogeneidad en los criterios de atención y los protocolos de las instancias de procuración de justicia, además una de las entrevistadas del sector salud menciona como obstáculo el presupuesto para la operación de los servicios.

Aceptabilidad

Ética médica

Una de las entrevistadas de salud mencionó durante la entrevista que buscan una atención de mayor calidad en cuanto a ética médica, sin embargo, hay casos desafortunados donde la atención que se brinda es estigmatizante o resulta en violencia obstétrica. Durante la visita de observación al Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz se mencionó también que en quien requiere el servicio tiene que ser atendida por el médico jefe de urgencias quien realiza un cuestionario exploratorio donde indaga sobre por qué la paciente requiere abortar, así como su proyecto de vida. A partir de ese cuestionario

determina si es o no posible hacer el procedimiento con un ginecoobstetra que se encuentre en el hospital.

Objeción de conciencia

Constantemente se han identificado situaciones en donde se niegan los servicios por personal objetor de conciencia, cuando esto ocurre la acompañante menciona *“las llevamos a los centros o unidades de salud y nosotras ya tenemos un protocolo de atención con las enfermeras, son atendidas ese día”*, y agrega que realizan reporte de personal objetor de conciencia con la jurisdicción correspondiente. Una entrevistada de salud comenta que para hacer frente a estas situaciones se ha implementado un protocolo de atención de quejas por violencia obstétrica en donde se incluye el aborto, también se cuenta con el curso virtual *“Cero violencia obstétrica”* y la capacitación y sensibilización es continua.

Por otro lado, internamente para quiénes realizan las interrupciones, se han generado estigmas que provienen del mismo personal de salud. Una persona entrevistada compartía que han escuchado comentarios como: *“Ah, pues es como el abortero, ¿no?”* O es como pues el que mata bebés, ¿no? Porque son inclusive palabras de este tipo muy desagradables que escuchamos”.

Pertinencia cultural

La acompañante señala que no hay una atención adecuada, pues no hay personal que hable alguna lengua indígena. En contraste, una entrevistada de salud menciona que los servicios son adecuados e inclusivos para las personas de pueblos indígenas y/o afromexicanas, ya que se ha promovido la política de cero rechazo. La atención prioritaria se ha difundido bastante a través de capacitación y sensibilización en temas de interculturalidad, aunque reconoció que hace falta profundizar más el enfoque interseccional.

Perspectiva de Género y diversidad sexogenérica

Una de las personas entrevistadas de salud menciona que han recibido y difundido información para respetar la identidad de las mujeres y personas no binarias o trans. La persona acompañante menciona que hay discriminación cuando hay personas gestante trans y no les brindan la atención; *“a veces les niegan los servicios cuando van solas o solos”*.

Atención a adolescentes

Una entrevistada de salud menciona que sí se considera la edad para la atención, se desarrolla una estrategia específica que incluye el tema de aborto, se llama código naranja, y busca respuesta inmediata en caso de detección de violencia sexual para menores de quince años. Por otro lado, la persona acompañante señala que las instituciones de salud no refieren el embarazo infantil y hacen que la niña o la adolescente lleguen a término del embarazo.

Identificación de violencia sexual en menores y vinculación con instituciones

La entrevistada del sector salud menciona que la ruta código naranja consiste en que si una menor de quince años acude a una consulta y si está embarazada en ese momento se aplica la herramienta de detección de violencia, si sale positiva se hace la oferta de la interrupción, si así se desea, se continúa con la notificación de las autoridades pertinentes que es la procuraduría de menores o Ministerio Público o la Agencia de Procuración de Justicia territorial más cercana. Sin embargo, la persona acompañante menciona que “no siguen los protocolos los centros de salud, no hacen un reporte, las atienden normal, siguen el proceso de embarazo, pero no les dan esta opción de interrumpir el embarazo, tampoco les brindan el protocolo para la atención de violencia sexual, atención de alguna enfermedad como el VIH, ni se les da los retrovirales”

Confidencialidad

Para el personal de salud entrevistado, existe buen manejo de confidencialidad, ya que se respeta el expediente médico, al cual nadie tiene acceso a menos que una instancia de justicia lo solicite. Sin embargo, quien acompaña refiere que la confidencialidad debería ser prioridad, pero no es así, ya que dentro del centro de salud a veces todo el personal se entera de los casos de violación o aborto.

Consejería pre/post aborto

Ambas entrevistadas de salud concuerdan que la consejería pre y post aborto es parte del protocolo de línea del proceso, lo debe dar personal sensibilizado en el tema, comúnmente, trabajo social, personal de psicología, personal de enfermería o el personal médico. La persona que acompaña menciona que hay poca consejería, “se supone que ahí debería trabajar tanto el personal de psicología y trabajo social, pero no hay consejería”.

Calidad

Infraestructura en buen estado

El personal de salud menciona que la infraestructura depende de la región o el lugar, si bien algunas unidades sí cuentan con buenas condiciones, no todas las unidades tienen las características adecuadas para poder brindar la atención con la mayor calidad posible. En el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz se observó infraestructura funcional en espacios de acceso común como entrada, sala de espera y baños.

Servicios básicos

Una de las personas entrevistadas de salud señaló que siempre hay servicio de agua potable, pero que en ocasiones las condiciones sanitarias de limpieza no son las idóneas, sin embargo buscan que se cuenten con los registros sanitarios adecuados para brindar los servicios. En el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz se observó el funcionamiento de sanitarios con servicio de agua. Quien acompaña refiere que existe un desabasto general muy grave de servicios como agua, además de medicamentos, herramientas médicas, insumos en general en centros de salud del Estado de México.

Personal capacitado y capacitaciones recibidas

En cuanto a la capacitación, una de las personas entrevistada de salud refirió que el personal médico se encuentra bastante capacitado; “nos han convocado a talleres, webinars, capacitaciones virtuales por parte del centro nacional, temas de registro y aborto de nuestros indicadores, hemos recibido talleres y vinculación con la organización IPAS, con DKT que nos han apoyado en la capacitación del personal”. La otra persona entrevistada mencionó que en el caso del Hospital Materno Infantil Miguel Hidalgo y Costilla Los Reyes La Paz se recibieron dos capacitaciones al año, desde hace cinco años, principalmente para atender casos de violencia y de la Norma 046.

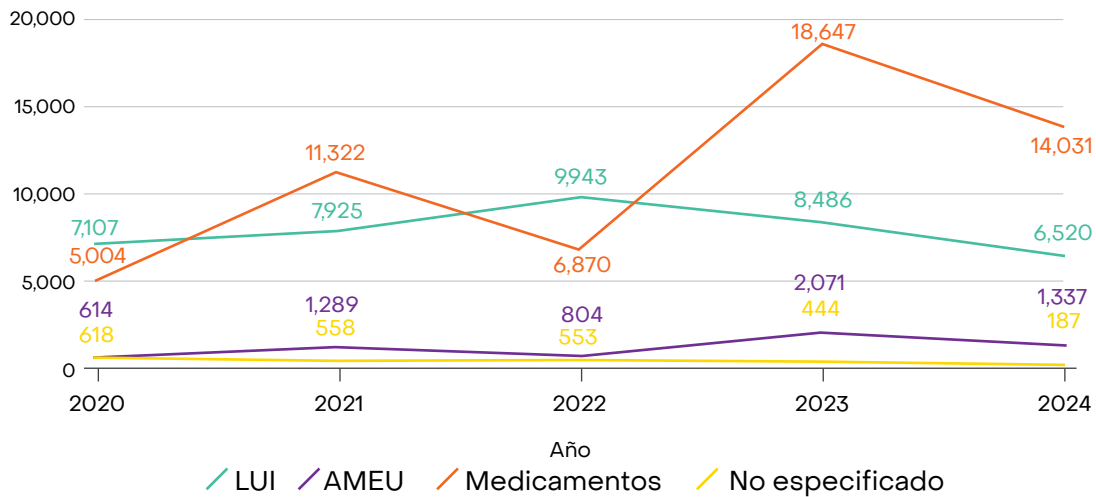
Tipos de procedimiento de aborto

Entre 2020 y 2022 se observa una tendencia al alza en los procedimientos quirúrgicos como legrado uterino instrumental (LUI) y AMEU, con un incremento de casi 40 % en los legrados entre 2020 y 2022. Los abortos mediante medicamentos también presentan un crecimiento, aunque con fluctuaciones. En 2023 destaca un aumento notable en los procedimientos con medica-

ABORTO. De la despenalización al acceso

mentos (dieciocho mil setecientos cuarenta y siete), más del doble respecto a 2022. En 2024 los procedimientos farmacológicos se mantienen en primer lugar (catorce mil treinta y uno), seguido por el legrado (seis mil quinientos veinte) y después el AMEU (mil trescientos treinta y siete).

Tipos de procedimiento de aborto en Estado de México 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 003, 004, 005, 006, 008 y Z30.03. Consultado en junio de 2025

En las entrevistas al personal médico refieren siempre utilizar medicamentos en primera instancia para atender un aborto. Una de ellas Menciona que el AMEU se utiliza en ocasiones, así como la dilatación y legrado intrauterino; y añade “cerca del 80% de las atenciones por aborto espontáneos o inducidos que se atienden en el estado son de menos de doce o catorce semanas, y en la mayoría sí se utilizan esquemas con medicamento”. También agrega que ha encontrado que en los registros médicos lo registraban como legrado en lugar de AMEU; “entonces registraban legrado, aunque hubieran utilizado un AMEU”.

Atención conforme al Lineamiento Técnico

En una de las entrevistas con personal de salud se menciona que el Lineamiento Técnico es un documento valioso donde se explica y se contextualiza la situación del aborto y cómo brindar y hacer el proceso de atención; *“el lineamiento da las respuestas de todo, y al difundirlo más, el personal adquiere mayor seguridad para saber que lo que está haciendo está en un marco normativo, médico y tecnológico adecuado”*. Sin embargo, el personal de salud también reconoce que hay ventanas de oportunidad para la mejora en la implementación del Lineamiento.

Atención en tiempos oportunos

El personal de salud refiere que regularmente hay una atención oportuna, ya que se busca que la interrupción se realice lo antes posible, sin embargo se reconoce que los fines de semana pueden demorar más. Por otra parte, la acompañante menciona que raramente se brindan atención a los servicios en tiempos oportunos, *“si van solas las hacen regresar hasta tres veces o hasta una semana, dos semanas después y para ellas es angustiante”*.

Integración de SAS con otros servicios

De acuerdo con una de las personas de salud entrevistadas menciona que sí existe la vinculación con otros servicios, como salud materna, salud mental, medicina preventiva, violencia de género; *“en el comité de Morbi-mortalidad materna y el comité de VIH trabajamos toda la estrategia de Kit PEP¹³ y de prevención de la transmisión”*. La acompañante menciona que hay poca vinculación ya que omiten la vinculación con otros servicios o lo desconocen y no lo ofrecen.

¹³ Profilaxis posterior a la exposición





¿Qué concluimos con esta investigación?

La despenalización del aborto ha traído cambios importantes en cuanto al acceso del aborto, así como una disminución del desconocimiento legal que brinda mayor seguridad para la realización de IVE e ILE. Sin embargo, hay vías de fortalecimiento para garantizar los servicios de aborto.

En materia de **disponibilidad**, las entrevistas reflejan diferencias entre los registros oficiales y la experiencia del personal en campo, lo que apunta a la necesidad de fortalecer los mecanismos de actualización y articulación de la información sobre los Servicios de Aborto Seguro. Si bien diversas instituciones públicas como IMSS Bienestar, ISSSTE, ISSEMYM e IMIEM ofrecen el servicio, el IMSS ordinario de manera generalizada no presta el servicio de ILE, generando una brecha de acceso a sus derechohabientes. Además existen desafíos relacionados con la cobertura, la suficiencia de personal capacitado y no objetor, así como la distribución de recursos humanos y materiales. Respecto a los insumos, es necesario que se cuente con los medicamentos y herramientas de manera constante en todas las unidades.

En cuanto a la **accesibilidad**, el acceso a los servicios de aborto en el Estado de México mostró avances importantes, especialmente a partir de la despenalización en noviembre de 2024. Los datos evidencian un incremento gradual en la atención ambulatoria, aunque la mayoría de los procedimientos aún se realizan en hospitales, situación que sería innecesaria puesto que el primer nivel de atención puede atenderlo. Los datos también comprueban el bajo porcentaje de IVEs (4.6%) a los cuales accedieron quienes tuvieron un embarazo producto de violación. La falta de difusión, la objeción de conciencia del personal, los horarios restringidos y las derivaciones innecesarias siguen siendo obstáculos frecuentes. Si bien existen esfuerzos de difusión y articulación interinstitucional, estos aún no garantizan que la población conozca sus derechos ni las rutas para ejercerlos. Estas condiciones explican por qué muchas personas continúan desplazándose a la Ciudad de México

o recurriendo a acompañamientos fuera del sistema de salud. Asimismo, el acceso presenta desigualdades en función del territorio, la condición económica y la pertenencia cultural. La infraestructura no siempre es accesible para personas con discapacidad, y la oferta de información en lenguas indígenas, braille o Lengua de Señas Mexicana es muy limitada. Aunque los servicios son gratuitos, los gastos de traslado y tiempo implican costos indirectos que restringen el acceso de las personas con menos recursos.

En cuanto a la **aceptabilidad**, persisten estigmas y prácticas que pueden derivar en violencia obstétrica. En materia de ética médica, se observan procedimientos donde se solicita a la persona usuaria explicar los motivos de su decisión y su proyecto de vida para determinar la viabilidad del servicio, lo cual no está establecido en el Lineamiento y que podría generar juicios de valor o retrasos en la atención. Por otro lado, la objeción de conciencia continúa siendo un factor recurrente en la negación del servicio, pese a los esfuerzos institucionales de capacitación y sensibilización. La experiencia de la acompañante refleja que aún existen prácticas estigmatizantes, deficiencias en la confidencialidad y barreras culturales y lingüísticas que limitan la atención integral, especialmente hacia personas indígenas, adolescentes y con identidades sexogenéricas diversas. En relación con la identificación de violencia sexual y la vinculación con instituciones, se reconoce la existencia de mecanismos como el *Código Naranja*, que busca garantizar la detección oportuna y la posibilidad de interrupción del embarazo en menores de quince años. Sin embargo, los testimonios de acompañantes evidencian brechas en su aplicación, pues no siempre se activan los protocolos ni se brinda la información sobre las opciones disponibles. Asimismo, la confidencialidad y la consejería pre y post aborto presentan inconsistencias: mientras el personal de salud reporta que se garantizan como parte del proceso, las experiencias de usuarias y acompañantes apuntan a filtraciones de información y a la falta de orientación emocional y psicológica.

En **calidad**, se observan diferencias significativas entre unidades médicas. Mientras algunos hospitales, como el Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, cuentan con infraestructura funcional y servicios básicos operativos, en otros espacios persisten limitaciones materiales, desabasto de insumos y condiciones sanitarias poco adecuadas. Aunque el personal de salud reporta procesos constantes de capacitación en temas como la Norma 046, atención al aborto y violencia de género, estas acciones no siempre se reflejan en la práctica, ya que se identifican inconsistencias en los registros médicos y

demoras en la atención, especialmente cuando las usuarias acuden sin acompañamiento. Si bien el Lineamiento Técnico ha fortalecido la seguridad del personal médico y la estandarización de los procedimientos, la atención oportuna y la vinculación con otros servicios, como salud mental o atención a la violencia, continúan siendo áreas de mejora. En conjunto, los hallazgos evidencian que la calidad del servicio depende tanto de los recursos disponibles como del compromiso institucional para garantizar una atención integral, ética y basada en derechos para quienes solicitan la interrupción del embarazo.



Foto: Archivo ILSB



Recomendaciones

Cambios necesarios en las leyes y normas

- Eliminar el aborto del Código Penal Federal conforme a los criterios establecidos por la SCJN, y regular su atención a través del sector salud.
- Promulgar una Ley de Salud del Estado de México que contemple la garantía del acceso al aborto seguro, así como 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.

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 SAS, estableciendo al menos una unidad médica por 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 SAS, incluyendo todas las unidades que presten el servicio efectivamente.
- Garantizar el presupuesto suficiente destinado a la atención en salud reproductiva y a los SAS.

- Garantizar el abasto y la distribución oportuna de medicamentos e insumos necesarios para la interrupción del embarazo y la atención post aborto.
- 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.
- Fortalecer la generación 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 sensorial, psicosocial, intelectual, además de la discapacidad motriz.
- Incrementar la difusión de los SAS 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 el servicio de interpretación virtual o presencial, 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 y la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
- Garantizar la IVE y la atención del aborto por causales, con énfasis en personas usuarias con embarazos mayores a doce 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 doce 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 LUI y priorizar el uso de medicamentos farmacológicos y AMEU y 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



Referencias

1. Gaspar Santana AC, Brennan P, Rodríguez Cortés AL, Esquivel Vilchis D, García Hess A, Salgado González R, et al. *De la despenalización al acceso: Contraloría social para el diagnóstico del aborto legal en ocho estados de México*. Ciudad de México. Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir. 2025. Disponible en: <https://ilsb.org.mx/wp-content/uploads/2025/09/investigacion-aborto.pdf>
2. 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/comment/cescr/2000/es/36991>
3. 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
4. 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. [Fecha de consulta 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1517114528>

5. Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS Bienestar). [Internet]. Ciudad de México 2022. [Fecha de consulta 25 noviembre de 2025]. Disponible en: <https://sidof.segob.gob.mx/notas/docFuente/5663064>
6. Gobierno de México. Instituto Mexicano del Seguro Social. [Internet]. México. 2025. [Fecha de consulta 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/mision>
7. Diario Oficial de la Federación. Ley del Seguro social. [Internet]. Ciudad de México. 2024. [Fecha de consulta 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>
8. 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 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/678903/Gu_a_para_la_implementaci_n_Ruta_NAME_EditadaVF2021.pdf
9. Estado de México. Decreto por el que se reforma la denominación del Capítulo V, del Subtítulo Primero, del Título Tercero, del Libro Segundo, los artículos 248 y 251, y se derogan los artículos 249 y 250 del Código Penal del Estado de México. [Internet]. Toluca, Méx.; 2024. [Fecha de consulta: 12 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/gct/2024/diciembre/dic062/dic062c.pdf>
10. Sistema Nacional de Información Estadística y Geografía. Catálogo Nacional de Indicadores. [Internet]. Ciudad de México. [fecha de consulta: 12 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.snieg.mx/cni/escenario.aspx?idOrden=11&ind=6200009720&gen=595&d=n>

11. 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/sites/default/files/2025-01/politica-2030-espanol-final.pdf>
12. 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>.



FB: @ILSB.AC

X: @ilsb_ac

IG: @ilsb.ac

www.ilsb.org.mx

IG: @redefine.mx

TikTok: @redefine.mx