

ABORTO

**De la despenalización
al acceso**



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

Hallazgos estatales:
Guerrero

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

Coordinación de la investigación
Ana Cristina Gaspar Santana

Equipo redactor
Joseline Dariely Ocampo Ortega / Investigadora de REDefine Guerrero
Pascale Brennan / Oficial de Incidencia REDefine
Ana Cristina Gaspar Santana / Coordinadora Nacional REDefine
Ana Laura Rodríguez Cortés / Oficial de Formación 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.

Organización que apoyó en la investigación

Ddeser Guerrero

© 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 Guerrero	14
Disponibilidad	14
Accesibilidad	15
Aceptabilidad	22
Calidad	24
¿Qué concluimos con esta investigación?	30
Recomendaciones	34
Referencias	38

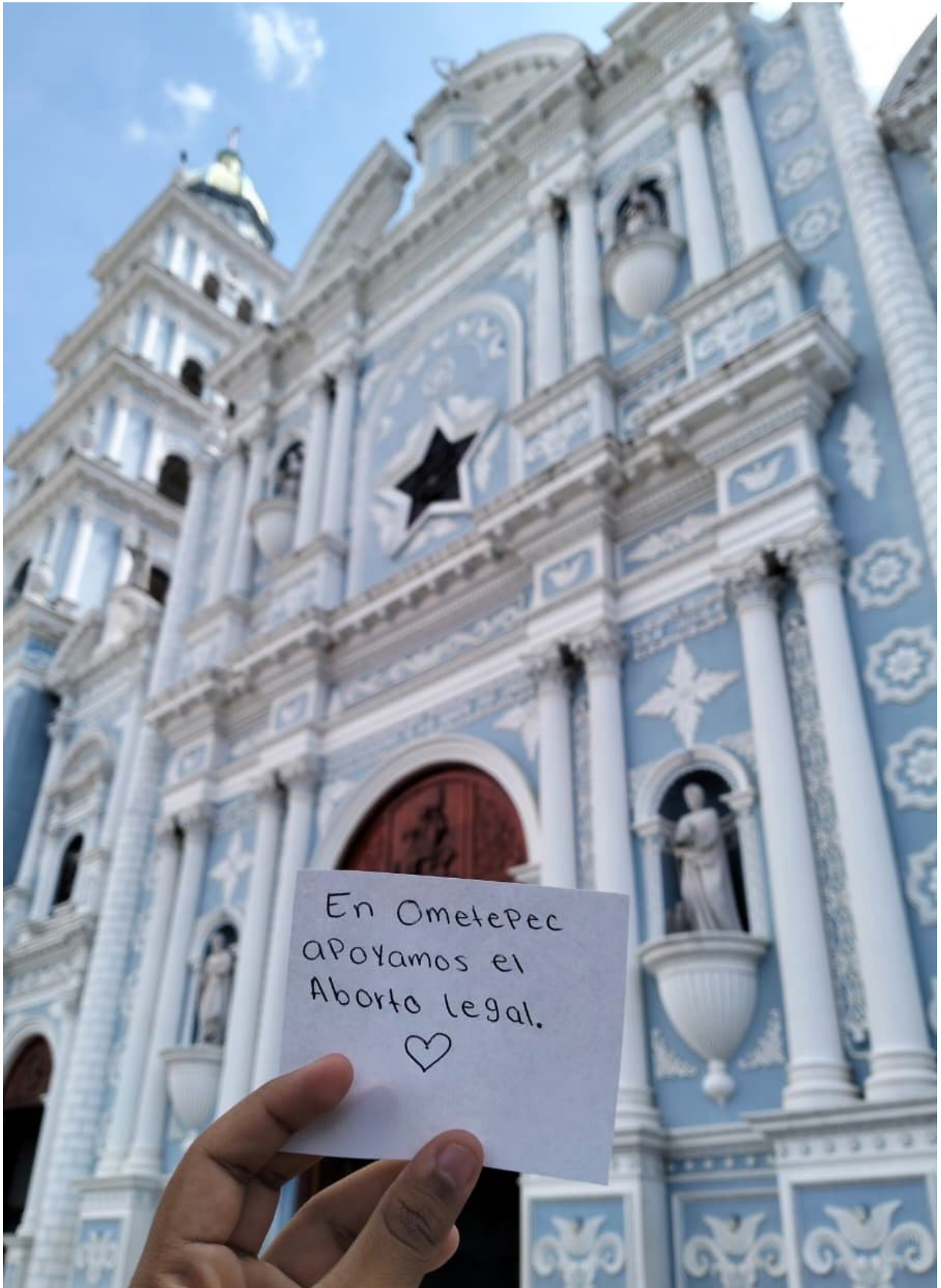


Foto: Ana Isabel Casiano Cortés



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 a Guerrero, que desde mayo del 2022 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).

/MSS-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: REDefine Guerrero



Antecedentes

Gracias a la lucha de diversas organizaciones y colectivas, el 20 de mayo de 2022 se publicó en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero una reforma al Código Penal estatal que modificó los artículos 154, 155, 156, 157 y 159°. A partir de esta reforma, la interrupción del embarazo dejó de estar penalizada para quienes deciden abortar en cualquier semana de gestación, no obstante, sí está penalizada para cualquier persona que practique el aborto a una mujer después de la semana doce del embarazo. A diferencia de otras legislaciones, lo anterior representa una formulación que elimina la responsabilidad penal en las personas gestantes y la deposita en quienes realizan el aborto. Es decir, ninguna persona que interrumpe su embarazo enfrenta sanciones penales en Guerrero y quienes lo practican a una mujer después de las doce semanas pueden tener responsabilidad penal salvo en las causales de exclusión de responsabilidad previstas en el Código.

La reforma estableció que el aborto no es un delito en cuatro supuestos: cuando el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial no consentida, sin necesidad de que exista denuncia por dichos delitos; cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afectación a su salud o esté en riesgo su vida; cuando a juicio del personal médico especialista en la materia, sustentado en estudios específicos, exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada; y si es resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada.

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 Guerrero cuenta con 85 municipios. De acuerdo con el Catálogo Nacional de Indicadores del Sistema Nacional de Estadística y Geográfica (SNIEG)¹⁰,

Guerrero se encuentra en la media en el índice de número de personal médico por cada mil habitantes, con 2.06, lo que contrasta con la meta planteada por la Organización Panamericana de Salud (OPS) de 4.5 médicos en la región por cada mil habitantes¹¹.

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: REDefine Guerrero



¿Qué encontramos? Hallazgos estatales Guerrero

Disponibilidad

Centros de salud que brindan el servicio de aborto por institución en Guerrero

Según entrevistas con personal de salud, aproximadamente catorce centros de salud brindan el servicio de aborto seguro en Guerrero, concentrados principalmente en las regiones Centro (Chilpancingo) y Acapulco. También se mencionan unidades en Chilapa, Iguala y Taxco. Sin embargo, los módulos SAS oficialmente registrados en el Directorio de Servicios de Aborto Seguro¹² son el Hospital General de Chilapa, el Hospital General de Iguala y la Unidad de Partería Alameda de Chilpancingo (UPACH), además en el directorio estatal se mencionan el CAAPS (Hospital IMSS-BIENESTAR Acapulco Progreso) y el Hospital General de Acapulco “El Quemado”, avalados por IPAS como centros de buenas prácticas¹³.

Iguala no registra abortos en la información encontrada en la DGIS entre 2020 y 2025, Chilapa también aparece en el directorio y, pese a que reporta cuatro abortos en 2020, fecha previa a la despenalización, no registra ninguna atención posterior. En ambos municipios podría existir un subregistro en las atenciones o podría indicar que no ha ofrecido el servicio de forma efectiva después del cambio legislativo en el estado. Por otro lado, los datos de la DGIS muestran otras unidades no mencionadas en las entrevistas, como Coyuca de Catalán (Tierra Caliente), Tlapa de Comonfort (Montaña) y Ometepepec (Costa Chica), con actividad mínima (menos de 15 abortos registrados) considerando todas las causales y no solo la ILE. Solo una de las tres unidades del directorio ha reportado servicios de aborto efectivos desde la despenalización.

Instituciones públicas que ofrecen el servicio de aborto

Las instituciones que han brindado servicios de aborto son la Secretaría de Salud e IMSS-BIENESTAR.

Centros de salud suficientes

En Guerrero hay siete regiones en las que se divide la atención de los 85 municipios, los módulos SAS se encuentran únicamente en dos de éstas: Centro y Norte (Chilpancingo, Chilapa e Iguala) y dos hospitales considerados de buenas prácticas en Acapulco. Considerando la extensión geográfica del estado pero sobre todo el número de municipios, no se considera que haya suficientes unidades que brinden SAS. Tomando en cuenta que hay municipios que quedan al menos a cinco o seis horas del módulo más cercano en auto particular, sería ideal que al menos hubiera un módulo activo en cada región.

Personal suficiente

En todas las entrevistas se señaló la falta de personal. Así lo refirieron por ejemplo, en la Unidad de Partería Alameda en Chilpancingo, la unidad con mayor actividad y que acorde con los datos de la DGIS es la que ha realizado más abortos desde la despenalización. La escasez de personal en la unidad central es un indicio de insuficiencia generalizada en otras unidades. *“Lo ideal es que tuviéramos una jornada acumulada en las noches, hasta incluso dos médicos en la mañana, cuando hay muchos pacientes.”* Además, en la entrevista con personal de salud, se menciona que aunque se cuente con personal, falta capacitación y sensibilización para brindar que más profesionales puedan brindar el servicio.

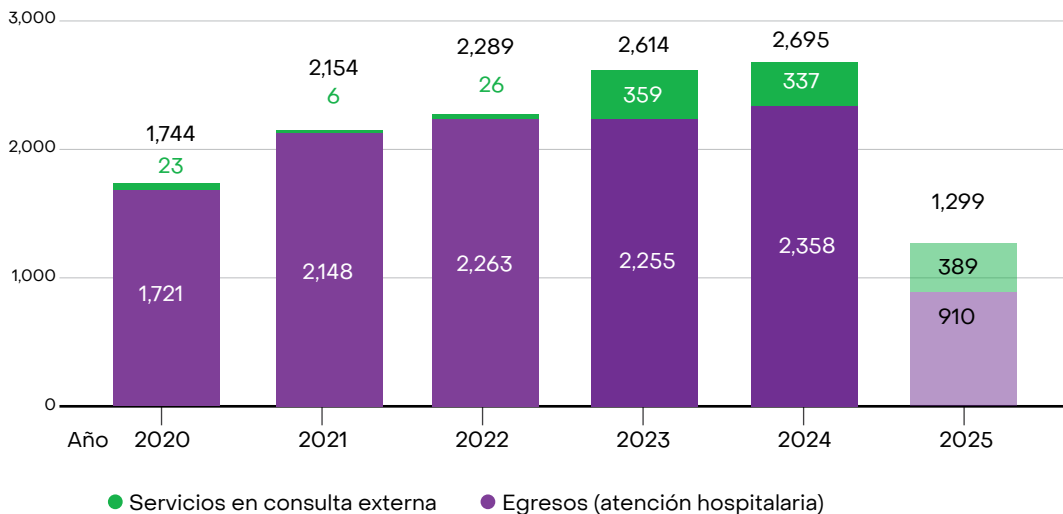
Insumos y medicamentos suficientes

Todas las personas entrevistadas coincidieron en señalar el desabasto que enfrentan los módulos SAS. *“El desabasto, a nivel estatal, es un problema de salud pública. Tenemos desabasto en todas las claves de medicamento, no solamente en misoprostol”*, señaló el personal de salud. La falta de insumos limita la capacidad del estado para garantizar un servicio de aborto seguro. Además, en otra entrevista con personal de salud se advierte que el subregistro también agrava el problema del abasto. La falta de reportes completos sobre los procedimientos limita la asignación adecuada de medicamentos y equipo necesario por parte de la Secretaría de Salud.

Accesibilidad

Antes de la despenalización, entre 2020 y 2021, los datos sobre el acceso muestran un predominio de la atención hospitalaria, con 1,721 y 2,148 egresos anuales, y una cantidad muy limitada de servicios ambulatorios 26 y 6 respectivamente. Esto sugiere que el aborto se realizaba casi exclusivamente en hospitales, bajo las causales legales permitidas en ese momento. El 2022, año de despenalización, se registra un ligero aumento en los egresos hospitalarios (2,263) y un crecimiento moderado en los servicios ambulatorios (26). En 2023 los servicios ambulatorios aumentan a 359, mientras que los egresos hospitalarios se mantienen estables (2,255). En 2024, se tienen 2,695 abortos registrados en total (2,358 hospitalarios y 337 ambulatorios), de enero a mayo del 2025 en apenas cinco meses, se contabilizan 1,299 abortos, de los cuales 389 corresponden a atención ambulatoria, lo que proyecta un posible incremento al cierre del año. Esta distribución sugiere que los servicios ambulatorios mantienen una participación creciente, consolidándose como una alternativa accesible y segura dentro del sistema estatal de salud.

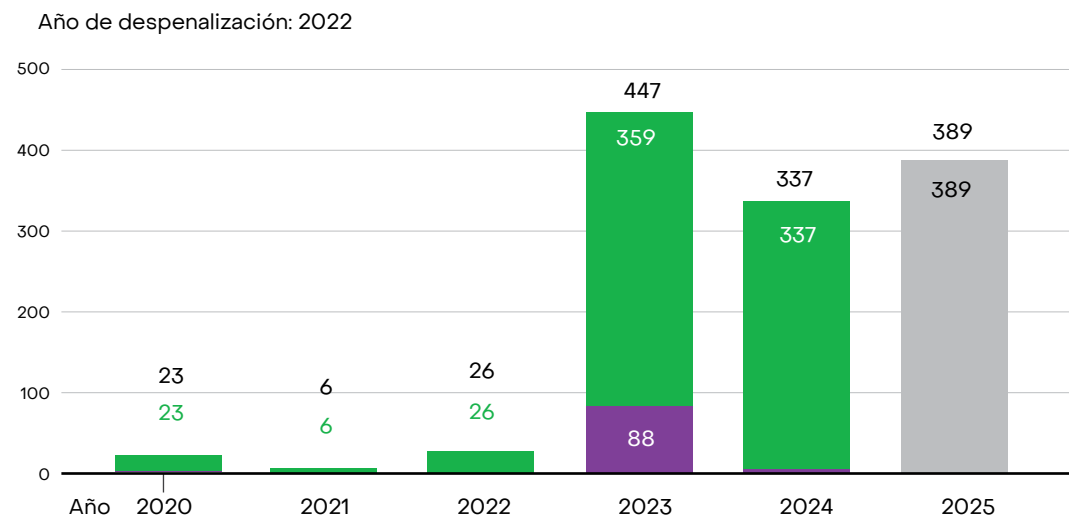
Abortos atendidos en Guerrero



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 Guerrero 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 considerarán únicamente el periodo de enero a mayo.

Respecto a los abortos inducidos, antes de la despenalización en 2020 y 2021, los registros muestran una actividad mínima, con apenas 23 y 6 servicios ambulatorios respectivamente, y sin reportes hospitalarios. Esto refleja el carácter restringido del acceso al aborto antes de su legalización, limitado únicamente a las causales permitidas. En 2022, el año de despenalización, se observa un ligero aumento en los servicios ambulatorios (26), en el 2023 se registran 88 egresos hospitalarios y un salto en los servicios ambulatorios (359). Esto sugiere una expansión del acceso tras la despenalización, con la puesta en marcha del Lineamiento Técnico tanto en hospitales como en unidades ambulatorias. En 2024 y 2025, no se reportan egresos hospitalarios en estos años, los servicios ambulatorios se mantienen en 337 en 2024 y 389 en los primeros cinco meses de 2025, lo que indica una consolidación del modelo ambulatorio como principal vía de atención. Este patrón es coherente con las recomendaciones de salud pública que favorecen métodos menos invasivos y de atención en primer nivel, especialmente tras la legalización.

Servicios de aborto inducido en Guerrero

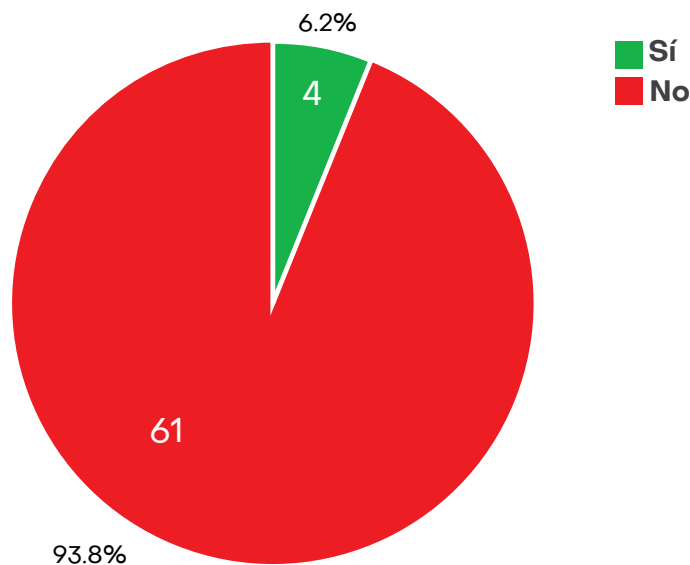


Fuente: Elaboración propia con datos de egresos (CIE Z30.3) y servicios de cubos dinámicos, de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Recupera los abortos atendidos en Guerrero por el sector salud. Consultado en junio de 2025, los datos de este año son preliminares y consideran únicamente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

Durante el periodo 2023–2024, en las unidades médicas del estado de Guerrero se registraron 65 embarazos producto de violencia sexual, de estos casos, 61 registros no derivaron en una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y únicamente 4 sí culminaron en dicho procedimiento. Esto significa que solo alrededor del 6% de las víctimas de violencia sexual que resultaron embarazadas accedieron a una IVE.

Embarazos producto de violación que recibieron IVE

Guerrero 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

La percepción de accesibilidad varía según el contexto. Para el personal de salud en la unidad más concurrida y central, el acceso al aborto seguro es óptimo. En contraste, la acompañante en la región Montaña señala las barreras existentes: muchas mujeres no tienen información clara sobre su derecho a abortar de forma segura. Sin información, no hay accesibilidad. En contraste, en otra entrevista al personal, se considera que es responsabilidad de las usuarias exigir sus derechos y reconocerlos para que haya más accesibilidad:

“valdría la pena que todas las mujeres, todas las niñas y los adolescentes reconozcan cuáles son sus derechos y que se deben de exigir.(...), nos deja quedar como que no les estamos queriendo garantizar el acceso.” Esta afirmación evidencia una postura institucional que traslada la responsabilidad del acceso a las propias usuarias, en lugar de reconocerla como una obligación del sistema de salud.

Ubicación clínicas accesibles

Aunque las unidades puedan considerarse estratégicamente bien ubicadas en distintas regiones del estado, la extensión geográfica de Guerrero representa un reto. Para muchas usuarias, llegar a estas unidades implica tiempo, dinero y disponibilidad. El personal de salud destaca una accesibilidad formalmente garantizada, basada en esta ubicación estratégica de las unidades y la obligación institucional de ofrecer el servicio, aunque reconoce que la dispersión geográfica del estado. Estas condiciones territoriales siguen determinando quiénes logran ejercer su derecho a la interrupción del embarazo de manera oportuna y sin obstáculos.

Horarios accesibles

De acuerdo al personal de salud hay atención 24/7, sin embargo la acompañante mencionó que realmente atienden de 9:00 am a 3:00 pm y agregó: *“Te tienes que ir a formar desde las 5 de la mañana para obtener una ficha y acceder primero a una consulta general... en realidad es un horario muy deficiente, muy burocrático.”* Esta diferencia demuestra una discrepancia entre la disponibilidad institucional y la prestación real del servicio que reduce la accesibilidad al servicio, y muestra cómo la burocracia y la saturación de atención limitan el acceso.

Requisitos para ILE e IVE

Acorde con las entrevistadas del sector salud los requisitos para acceder a IVE o ILE son proporcionar datos básicos como una identificación o CURP, además de que en algunas instituciones pueden pedir constancia de derechohabencia o no derechohabencia. Además, se subraya que la violencia sexual es una emergencia médica, por lo que cualquier unidad que ofrezca el servicio de IVE debe brindar atención, independientemente de si la persona es derechohabiente, según el personal de salud.

Semanas de gestación hasta que se brinda el servicio

Aunque el Código Penal de Guerrero no establece un límite de semanas para las personas que requieren el aborto, sí establece sanciones para el personal de salud que realice abortos fuera de este marco. Por ello, en las entrevistas realizadas se menciona como límite gestacional para la ILE las doce semanas con seis días: *“si es interrupción legal del embarazo, tenemos hasta las 12.6. Si es por otras causales no tenemos límite en las semanas de gestación, para casos como abuso sexual, malformaciones o riesgo para la salud materna.”* En este sentido, se muestra disposición para la atención. *“Si las usuarias llegan después de esa edad gestacional, no se les niega la atención, pero se tiene que derivar a un segundo nivel de atención, que es el hospital general”.*

Negación servicio

En una entrevista a personal de salud se afirma que nunca se ha negado el servicio de aborto. No obstante, en otra entrevista se reconoce que, ante la falta de insumos o personal capacitado, algunas usuarias pueden percibir rechazo al ser referidas o al no recibir atención inmediata, ante esta situación la acompañante comentó: *“más bien hacen que se desistan las chicas, se las hacen cansada vida y al final dicen: ‘Ya no voy.’* Esto podría indicar que, desde la percepción de las usuarias, sí se les está negando o restringiendo el servicio.

Rutas de referencia entre clínicas e instituciones

Las entrevistadas mencionaron que el sistema de referencia entre unidades aplica cuando no hay personal capacitado, insumos necesarios o en casos de objeción de conciencia, lo que permite canalizar a las usuarias para garantizar la atención. De acuerdo al personal entrevistado, este proceso implica una coordinación previa entre unidades de primer y segundo nivel, incluyendo la gestión de estudios y documentación necesaria para asegurar que las usuarias sean recibidas oportunamente en el servicio de destino. Si bien el personal de salud señala que existen mecanismos formales de vinculación entre unidades, desde la experiencia de la acompañante estos procedimientos rara vez se aplican en la práctica, lo que refleja una brecha entre lo que se pretende hacer formalmente y la operación real del sistema.

Accesibilidad física

Los testimonios muestran un contraste entre la accesibilidad que el sistema de salud dice ofrecer y la que realmente viven las usuarias. Mientras el personal

de salud destaca avances en infraestructura física en algunas unidades como rampas, accesos y señalización en braille, mismo que se constató en la observación participante en una unidad. Se reconoce esta no es la realidad de todas las unidades de salud del estado y además la acompañante de aborto describe un entorno burocrático, discriminatorio y resistente a atender, donde la accesibilidad real se ve obstaculizada por el trato y la estigmatización.

Accesibilidad económica

Aunque la atención no tiene un costo directo, acceder a él implica gastos por traslado y compra de insumos, pues ante la falta de insumos como jeringas, guantes e incluso medicamentos, las usuarias deben solventarlos. El personal de salud comentó: *“el medicamento es caro, si ella lo tiene que comprar le resulta caro. Rebasa el salario mínimo, no es tan accesible.”*

Servicios sin discriminación

El personal de salud señaló que en las unidades no se discrimina por discapacidad, pertenencia étnica, color de piel u orientación sexual. Sin embargo, la acompañante ha identificado actitudes y comentarios discriminatorios: *“te dicen: ‘es que tú tienes la culpa.’ ‘Eso te pasa porque no planificas.’ ‘Estás bien chiquita.’ ‘¿Y tu novio?’ Ah, pero si eres de una comunidad, peor, porque te dicen: ‘Ah, de seguro no hablas español.’”*

Accesibilidad en lenguas indígenas

Existe cierta señalética en lenguas indígenas, aunque no hacen alusión a los SAS sí corresponden a servicios generales como “ultrasonido”. A pesar de ello, muchas lenguas indígenas son orales (amuzgo, mixteco y tlapaneco), pero no se suelen leer o la traducción que se hace no es la variante que se habla, lo que limita las traducciones. Además, la acompañante mencionó que no hay una difusión real en lengua indígena en la radio, ya que sí se escucha promoción de los servicios de salud (como de zika), pero nunca sobre aborto, únicamente se limita a redes sociales.

Accesibilidad en lengua de señas y braille

Pese a que no existe material informativo en braille específicamente sobre los SAS, se destaca que la unidad cuenta con letreros en braille de servicios generales como “sala de espera”, representando un avance en la inclusión de personas con discapacidad visual. Sin embargo, no hay pisos podotactiles

que guíen hasta estos señalamientos ni tampoco traductores de lengua de señas mexicana (LSM), lo cual es especialmente preocupante dado que, según personal entrevistado, *“hemos tenido pacientes, sobre todo de abuso sexual, y son sordomudos.”*

Accesibilidad para personas migrantes

De acuerdo al personal de salud sí se han atendido personas migrantes. Señalaron que en Acapulco es el lugar donde más se han registrado SAS debido a los asentamientos migrantes, por ejemplo de Haití o de otros países. Aunque se menciona que al principio fue complicado brindar el servicio debido a que el personal no sabía cómo ingresar a usuarias migrantes sin CURP, después de las capacitaciones recibidas actualmente ya existe el servicio más efectivo. Por otro lado, la acompañante señala que si en muchas ocasiones para las personas nacionalizadas es difícil acceder al servicio, en ese sentido para una persona migrante la situación se complicaría más.

Estrategias de difusión

La difusión de los servicios SAS se ha hecho principalmente por redes sociales. Aunque existe material sobre derechos sexuales y reproductivos en lenguas como náhuatl y me'phaa, la acompañante señala que muchas mujeres en comunidades no tienen acceso a internet, lo que limita su conocimiento sobre el derecho a abortar, además de que el lenguaje utilizado es muy técnico y poco accesible para toda la población. Por su parte, el personal de salud afirma que sí se han implementado estrategias de difusión a través de medios impresos, digitales y radio.

Obstáculos normativos

El personal de salud señaló que otras instituciones como ISSSTE, IMSS, SEDENA y Pemex no asumen la atención de aborto de sus derechohabientes, lo que limita la cobertura del servicio y sobrecarga al personal de las instancias que sí brindan SAS. En otra entrevista a personal de salud se aseguró que no hay obstáculos normativos puesto que existe presión por parte de organizaciones de la sociedad civil para cumplir con su trabajo.

Aceptabilidad

Ética médica

Se identificaron barreras principalmente relacionadas con la actitud del personal. Aunque se reconoce que es su deber brindar un aborto seguro, en ocasiones actúan como obstáculo. Como señaló el personal de salud en una entrevista: *“sí hay personal que nos hemos topado que no se presta y que no solamente no se presta, también actúa como barrera o no está completamente capacitado.”* También se señala que la falta de sensibilización del personal limita la prestación del servicio desde una ética médica. Además, llama la atención que durante la observación participante se identificó un altar religioso a un lado del SAS.

Objeción de conciencia

En ocasiones se niega el servicio argumentando objeción de conciencia, tanto individual como institucional, aunque la individual ha disminuido desde la despenalización y la institucional no es legal. En esos casos, las usuarias son referidas a otras unidades, lo cual entorpece que el servicio sea brindado de manera aceptable. El personal entrevistado indicó: *“esa unidad (IMSS) es la que nos ha dado mayor situaciones. Lo que hacen es: no brindan la atención, pero la refieren. La refieren a donde le vayan a realizar ese procedimiento.”* Incluso se comenta que se implementa la causal de “negación de autoridad”, es decir que si se le niega el procedimiento antes de las 12.6 semanas, se le brindará el servicio aunque ya haya pasado este plazo.

Pertinencia cultural

El personal de salud señaló que, si bien cuentan con lineamientos sobre interculturalidad y transculturalidad, aún es necesario avanzar en temas relacionados con la traducción de lenguas originarias. Comentó que han recibido a muchas pacientes provenientes de comunidades hablantes de me'phaa, principalmente, pero que no han enfrentado mayores dificultades, ya que la mayoría de ellas también habla español. No obstante, reconoció que sería importante fortalecer este aspecto, por ejemplo, mediante la incorporación de intérpretes o materiales informativos en estas lenguas. Actualmente, son pocos los hospitales que cuentan con personal traductor; mencionó que los hay en Ometepepec y en Acapulco, pero son escasas las clínicas que disponen de este recurso. Por su parte, la acompañante expresó que los lineamientos

existentes son muy generales y que ni siquiera se hace mención específica de las mujeres afromexicanas.

Perspectiva de Género

“Nosotras, como unidad y como módulo, sí estamos sensibilizadas; hemos tomado cursos con todo el grupo LGBT”, comentó el personal de salud. Sin embargo, señaló que aún hace falta una capacitación más amplia a nivel estatal, ya que en muchas unidades persiste el desconocimiento o la falta de comprensión sobre conceptos clave relacionados con la perspectiva de género, como el de *“personas con capacidad de gestar”*. Por su parte, la acompañante agregó que la visibilidad de la comunidad trans aún es limitada, pues los servicios continúan dirigiéndose exclusivamente a mujeres, niñas o adolescentes, sin contemplar otras identidades de género.

Perspectiva de juventudes

La edad de las usuarias es un dato importante, el personal de salud señala que se considera por razones de seguridad y para detectar posibles casos de violencia sexual. *“Sabemos que las pacientes menores de edad pueden acceder a los servicios sin compañía de una persona, a excepción que tenga menos de 13 años; ahí se pide un acompañante o, por lo menos, la intervención de algún órgano procurador de justicia del menor.”* Sin embargo, fuera de esa unidad muchos médicos, médicas o personal de salud no saben bien cómo atender a esas pacientes. Este testimonio también refleja una confusión, ya que la NOM-046 establece como edad límite para acudir sin madre, padre o tutor los 12 años, no los 13 mencionados. Además, la acompañante indicó que, en algunos casos, la edad se toma en cuenta para justificar la colocación de un método anticonceptivo, argumentando que son muy jóvenes para volver a embarazarse. Este tipo de prácticas podrían vulnerar la autonomía reproductiva de las adolescentes, ya que la colocación de un método sin consentimiento informado constituye una forma de coerción y violación a su derecho a decidir.

Identificación de violencia sexual en menores y vinculación con instituciones

En ambas entrevistas a personal de salud se destacó la relevancia de la ruta NAME: *“la ruta NAME nos marca un lineamiento de qué acciones se le deben de brindar a una niña, a una adolescente embarazada, y todo lo que se tiene que hacer por protocolo”*. La edad de las usuarias también permite identificar casos de violencia sexual en menores y activar la vinculación con instituciones

como el DIF o el Ministerio Público. Para ello, se utiliza una herramienta de detección, como explicó el personal entrevistado: *“a todas las usuarias que acuden al servicio de interrupción legal del embarazo, les aplicamos una herramienta de violencia para identificar, precisamente, si hay algún factor de riesgo, ya sea violencia física, psicológica o, sobre todo, sexual.”*

Confidencialidad

Se destacó el esfuerzo por mantener la confidencialidad de las usuarias, por ejemplo, usando siglas del nombre en las comunicaciones internas. En una entrevista el personal especificó que nunca han tenido problemas relacionados con este tema. Sin embargo, la acompañante advirtió que en la práctica la información de las usuarias circula entre distintas áreas del hospital sin un resguardo adecuado.

Consejería pre/post aborto

La consejería pre y post aborto se realiza de forma regular. Generalmente, la preaborto la brinda la trabajadora social y aborda el procedimiento y el límite gestacional legal. La postaborto la ofrece el personal médico, quien verifica la efectividad del procedimiento y consulta sobre anticoncepción. Sin embargo, la acompañante reitera que en muchos casos se les impone un método anticonceptivo: *“las obligan a salir con un método, siempre. Incluso hay veces que la chica no lo autoriza, lo autorizan los padres o incluso la pareja.”*

Calidad

Infraestructura en buen estado

En la unidad modelo de atención de SAS en Chilpancingo, el espacio fue adecuado tras la despenalización en el estado y se considera funcional. No obstante, el personal entrevistado reconoce la falta de infraestructura y mantenimiento en otras unidades: *“hay hospitales muy viejos, que no cumplen la infraestructura, hay falta de mantenimiento e infraestructura. La acompañante confirma que las mejoras solo se hicieron en los módulos incluidos en el directorio SAS, por lo que no en todas las unidades se garantiza infraestructura de calidad.”*

Servicios básicos (agua potable y condiciones sanitarias)

La infraestructura observada durante la visita a campo está en condiciones aceptables, con áreas limpias, sanitizadas y con acceso a servicios básicos como agua potable, aunque persisten detalles menores, como pisos sin terminar. Sin embargo esta no es la realidad de todas las unidades del estado, ni es así todo el tiempo. El personal de salud matiza que con los huracanes Otis y John *“llovía había más adentro que afuera, que no había agua, que estaban inundados.”* situación que generó que se cerraran servicios por ejemplo del Hospital General de Chilpancingo porque el drenaje se tapó y se inundó el área de quirófano. Por lo que en ocasiones sólo atienden lo más urgente *“No, doctora, ahorita estamos atendiendo solamente el urgente, estamos funcionando con un quirófano, el otro no funciona. Y aunque sabemos que el AMEU lo pueden hacer en un consultorio, a veces ellos (personal médico) se sienten más seguros pasándole al quirófano o a la tococirugía.”*

Personal capacitado y capacitaciones recibidas

El personal entrevistado señala la escasez de capacitaciones: *“hace falta mucho por capacitar... tanto en competencias técnicas como en sensibilización.”* Por su parte, otra entrevistada indica que, aunque sí se han impartido capacitaciones, algunas personas no las aceptan: *“hay personal que aunque lo capacitemos, aunque lo recapacitemos, por los temas religiosos, por los temas morales, pues nomás no fluye.”*

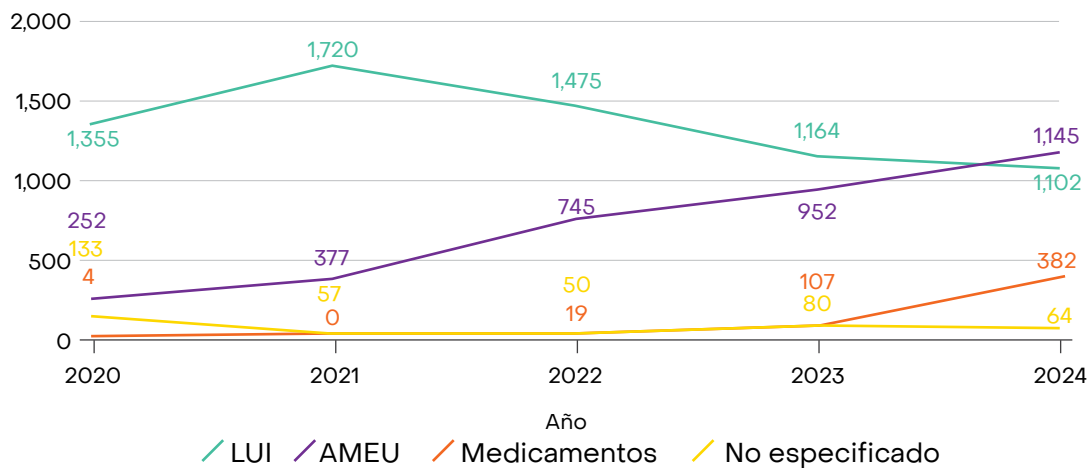
Tipos de procedimiento de aborto

Entre 2020 y mayo de 2025, Guerrero muestra una transición progresiva en los tipos de procedimiento utilizados para la atención del aborto, pasando de un modelo predominantemente quirúrgico hacia uno con un uso creciente de métodos farmacológicos. En 2020 se realizaron 1,355 procedimientos de Legrado Uterino Instrumental (LUI) frente a 252 aspiraciones manuales endouterinas (AMEU) y solo 4 procedimientos con medicamentos, lo que evidencia una dependencia marcada de técnicas más invasivas y hospitalarias. Esta tendencia se mantiene en 2021, con 1,720 LUI y 377 AMEU, sin registros de abortos con medicamentos, aunque con una ligera mejora en la precisión de los reportes.

A partir de 2022, año de la despenalización, se observa un cambio con un incremento de los procedimientos por AMEU (745) y la introducción de métodos con medicamentos (19), en concordancia con las recomendaciones nacionales e internacionales para la atención del aborto seguro. En 2023, se muestran

1,164 LUI, 952 AMEU y 107 abortos con medicamentos, reflejando una transición hacia técnicas menos invasivas y una expansión de servicios ambulatorios. El avance se consolida en 2024, cuando las cifras de AMEU (1,145) superan por primera vez a las de LUI (1,102), y se registra un aumento importante en los procedimientos con medicamentos (382). Durante los primeros cinco meses de 2025, los datos preliminares mantienen esta tendencia: 435 LUI, 451 AMEU y 389 procedimientos con medicamentos. El volumen relativamente alto de abortos farmacológicos en tan solo medio año sugiere una consolidación del uso del aborto con medicamentos como método preferente.

Tipos de procedimiento de aborto en Guerrero



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 Guerrero por el sector salud, incluyendo los códigos CIE O03, O04, O05, O06, O08 y Z30.03. Consultado en junio de 2025

Los datos cuantitativos contrastan con los resultados de las entrevistas, mismas que mencionan que el AMEU es el procedimiento más común o el que debería priorizarse en lugar del legrado intrauterino. “El legrado no es una tecnología autorizada por nadie: ni por Secretaría, ni por IMSS, ni por IPAS, ni por nada... el legrado es una tecnología obsoleta.” menciona una entrevistada del sector salud.

La acompañante refuerza que el uso de medicamentos para el aborto es una práctica segura: *“nosotras las acompañantas sabemos que un aborto seguro no precisamente recae en AMEU. Pero cuando llegas al servicio público, sí o sí, aunque te den la pastilla, según ellos te hacen una limpieza y te hacen el AMEU.”* La baja proporción de medicamentos podría deberse al desabasto, acorde al personal de salud: *“el año pasado el 44.7% fueron por AMEU, de ahí le siguieron legrados, y después, con un 3% fueron por medicamentos, pero yo creo que tiene que ver que no hubo misoprostol el año pasado.”*

Atención conforme al Lineamiento Técnico

Aunque existe un Lineamiento Técnico que debe ser seguido por los módulos SAS y unidades que atienden abortos, el personal de salud señala que en algunas unidades el personal no lo conoce completamente. Tanto el personal de salud como la acompañante coinciden en la necesidad de reforzar su difusión y capacitación, porque como lo menciona el testimonio del personal entrevistado *“en Guerrero, el año pasado tuvimos una muerte materna por un aborto séptico. Entonces, si hay una muerte, significa que todavía tenemos cosas por mejorar.”*

Atención en tiempos oportunos

La atención oportuna se ve limitada por la sobrecarga de trabajo en unidades como la UPACH, que atiende a población sin derechohabiencia. Por ello, se hizo un llamado a que más unidades habiliten y ofrezcan el servicio SAS, para garantizar la atención oportuna en todo el estado. Para la acompañante, las demoras y obstáculos en el proceso provocan que las usuarias busquen alternativas privadas o en internet.

Integración de SAS con otros servicios

Se reconoce una buena integración de los módulos SAS con otros servicios, como atención a la violencia sexual, prevención de VIH, ITS y servicios amigables. En casos específicos, como violencia sexual, se activan protocolos y se coordina con instituciones correspondientes.



Foto: Archivo ILSB



¿Qué concluimos con esta investigación?

Los hallazgos obtenidos a partir de entrevistas con personal de salud, la acompañante de aborto seguro, y los datos de la DGIS reflejan que, aunque Guerrero ha avanzado en el reconocimiento legislativo del derecho al aborto seguro, su implementación es desigual. Persisten brechas entre la política pública y la práctica, derivadas de limitaciones estructurales, falta de recursos y de sensibilización institucional.

Disponibilidad

El estado cuenta con hospitales de segundo nivel habilitados para brindar Servicios de Aborto Seguro, pero en la práctica solo una unidad de las unidades reportadas en el directorio oficial ha realizado procedimientos desde la despenalización, de acuerdo a los datos de la DGIS. La cobertura es limitada, no todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud prestan el servicio y se concentran sobre todo en zonas urbanas, lo que restringe el acceso en comunidades rurales o de difícil acceso. A ello se suma la falta de personal no objetor, la sobrecarga de trabajo y el desabasto de mifepristona y misoprostol, lo que compromete la disponibilidad del servicio. En conjunto, estas condiciones impiden garantizar una oferta efectiva y equitativa en todo el territorio estatal.

Accesibilidad

Si bien el personal de salud sostiene que el servicio está disponible las 24 horas, el testimonio de la acompañante revela que las usuarias enfrentan horarios reducidos, largas filas y trámites burocráticos. Las condiciones

geográficas del estado, sumadas a la falta de rutas de referencia formales, obstaculizan la atención oportuna. Además, la ausencia de información difundida y materiales en lenguas indígenas o formatos accesibles limita la llegada del servicio a poblaciones diversas. La accesibilidad, por tanto, continúa siendo una dimensión en la que el derecho reconocido no se traduce en acceso efectivo.

Es preocupante que solo el 6 % de las víctimas de violencia sexual que resultaron embarazadas accedieron a una IVE. A pesar de la despenalización del aborto en 2022 y del marco legal que garantiza el derecho a interrumpir el embarazo en casos de violación en todo el país, el acceso efectivo en el sector público sigue siendo muy limitado.

Aceptabilidad

Las entrevistas muestran que persisten actitudes moralizantes y falta de sensibilización del personal, lo que afecta la calidad de la atención y el trato digno. En algunos casos, se responsabiliza a las usuarias de “exigir” sus derechos, lo que refleja una atención poco centrada en las personas. Aunque se reportan esfuerzos por resguardar la confidencialidad, la acompañante señala prácticas que la ponen en riesgo, evidenciando una aplicación inconsistente de los protocolos.

Calidad

La infraestructura y los servicios básicos han presentado importantes daños con el paso de los huracanes Otis y Jhon, comprometiendo la atención en los servicios. Se destaca que algunas unidades han recibido capacitación para convertirse en “Centros de Buenas Prácticas”, sin embargo se reconoce la necesidad de mayor capacitación. La calidad de los servicios se ve limitada por el uso persistente de procedimientos obsoletos como el legrado, la falta de integración con otros servicios de salud y la insuficiencia de insumos. A pesar de los esfuerzos por aplicar el lineamiento técnico, la falta de capacitación continua y la dependencia de la voluntad del personal de salud obstaculizan la implementación de una atención segura, integral y estandarizada.

En síntesis, los Servicios de Aborto Seguro en Guerrero muestran avances normativos y de infraestructura, pero aún enfrentan desafíos sustanciales para garantizar una implementación plena. La brecha entre el marco legal y la práctica revela la necesidad de fortalecer la formación del personal, asegurar el abasto de insumos, y diseñar estrategias de accesibilidad que respondan a la diversidad territorial, lingüística y cultural del estado. Solo así será posible garantizar que el derecho al aborto seguro se ejerza en condiciones de igualdad y sin discriminación.



Foto: Archivo ILSB



Recomendaciones

Cambios necesarios en las leyes y normas

- Eliminar el aborto del Código Penal Federal y del Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero, conforme a los criterios establecidos por la SCJN, y regular su atención a través del sector salud.
- Armonizar la Ley de Salud del Estado de Guerrero 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 servicios de aborto seguro, estableciendo al menos una unidad médica por alcaldía, 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



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. Gobierno del Estado de Guerrero. Periódico Oficial del Estado de Guerrero, Edición 91, 20 de noviembre de 2020 [Internet]. Chilpancingo (Gro.); 2020 Nov 20 [citado 2025 Nov 27]. Disponible en: <https://www.guerrero.gob.mx/wp-content/uploads/2022/02/P.O-91-20-NOV-2020.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. Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave. Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave. [Internet]. Xalapa-Enríquez, Ver. 2022. [Fecha de consulta 12 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://mexico.justia.com/estatales/veracruz/codigos/codigo-penal-para-el-estado-libre-y-soberano-de-veracruz-de-ignacio-de-la-llave/>

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>
13. Gobierno del Estado de Guerrero. Guía de Atención para solicitantes de servicios de aborto seguro (ILE/IVE). ANEXO-3.1 GUIA IVE ILE FINAL 2024 [Internet]. Chilpancingo (Gro.); 2024 Ene [citado 2025 Nov 27]. Disponible en: <https://www.guerrero.gob.mx/wp-content/uploads/2024/01/ANEXO-3.1-GUIA-IVE-ILE-FINAL-2024.pdf>



FB: @ILSB.AC

X: @ilsb_ac

IG: @ilsb.ac

www.ilsb.org.mx

IG: @redefine.mx

TikTok: @redefine.mx