

# ABORTO

De la despenalización  
al acceso



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

Hallazgos estatales:  
Michoacán

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

Coordinación de la investigación

Ana Cristina Gaspar Santana

Equipo redactor

Karla Esmeralda Rodríguez Vázquez / Investigadora REDefine Michoacán

Diego Esquivel Vilchis / Oficial de Incidencia REDefine

Ana Cristina Gaspar Santana / Coordinadora Nacional REDefine

Pascale Brennan / Oficial de Incidencia REDefine

Ana Laura Rodríguez Cortés / Oficial de Formación 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](http://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.

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

Servicios de Aborto Seguro (SAS) e IMSS-BIENESTAR

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

Organizaciones y colectivas

Red ASALEAS

© 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 Michoacán	14
Disponibilidad	14
Accesibilidad	15
Aceptabilidad	22
Calidad	24
¿Qué concluimos con esta investigación?	28
Recomendaciones	30
Referencias	34

ABORTO. De la despenalización al acceso

Instituto De Liderazgo Simone De Beauvoir



Foto: Karla Vázquez



# Introducción

**E**n 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*<sup>1</sup>, 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 PIDESC<sup>2</sup>, 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 México<sup>3</sup> 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 Michoacán, que desde octubre 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.

Hallazgos Michoacán



**Para consultar la investigación completa consulta:  
[bit.ly/investigacion\\_aborto](https://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 vivo<sup>4</sup>.

**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”<sup>5</sup>.

**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 sociales<sup>6</sup>. previstos en la Ley del Seguro Social<sup>7</sup>. 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”<sup>8</sup>.

**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: Archivo ILSB



# Antecedentes

**G**racias a la lucha de diversas organizaciones y colectivas, el 11 de octubre de 2024 se publicó en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo<sup>9</sup> la reforma que despenalizó el aborto hasta las doce semanas de gestación. El decreto reformó los artículos 118, 141, 142, 142, 144, 145 y 146 del Código Penal para el Estado de Michoacán. Con ello, se estableció que el aborto se entiende como la interrupción del embarazo después de las doce semanas de gestación.

También estableció que la interrupción legal del embarazo no es punible en seis supuestos: cuando es producto de violación; si se realice por razones médicas; si es producto de un procedimiento de fecundación asistida sin consentimiento de la mujer, adolescente, niña o persona gestante; cuando la mujer, adolescente, niña o persona gestante se encuentre en una situación económica precaria; si se demuestra que la mujer, adolescente, niña o persona gestante, solicitó la interrupción del embarazo antes de las doce semanas de gestación y que el acceso a dicho servicio fue negado o prorrogado por personal de atención a la salud; y cuando sea accidental.

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 Michoacán cuenta con 113 municipios, lo que la hace una de las diez entidades con más municipios en el país. A pesar de ello, también se encuentra en las diez entidades con menor número de personal médico por mil habitantes con 1.8, de acuerdo con el Catálogo Nacional de Indicadores del Sistema Nacional de Estadística y Geográfica (SNIEG)<sup>10</sup>, lo que contrasta con la meta planteada por la Organización Panamericana de Salud (OPS) de 4.5 médicos en la región por cada mil habitantes<sup>11</sup>.

Estos avances normativos y programáticos representan un paso fundamental hacia la garantía del derecho a decidir y el acceso a servicios de salud

## ABORTO. De la despenalización al acceso

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.





# ¿Qué encontramos? Hallazgos estatales Michoacán

## Disponibilidad

### Centros de salud que brindan el servicio de aborto en Michoacán

En las entrevistas realizadas se reporta una discrepancia entre la información otorgada por las dos personas del personal de salud y el conocimiento de la persona acompañante. Una entrevistada del personal de salud comenta que “seis unidades médicas”, mientras que otra persona del personal de salud comenta que “en teoría en todos los centro de salud debe haber atención” y la persona acompañante comenta que “se logran identificar un aproximado de once unidades, sin embargo, se percibe que sigue siendo muy difusa realmente esa ruta y no se tiene certeza de cuáles son los centros que operan efectivamente”. Los municipios identificados por la persona acompañante con unidades que brindan el servicio son: Apatzingán, Ciudad Hidalgo, Lázaro Cárdenas, Los Reyes, Morelia, Pátzcuaro, Tacámbaro, Uruapan, Zamora y Zitácuaro.

### Instituciones públicas que ofrecen el servicio de aborto

De acuerdo con las tres personas entrevistadas se logra identificar a IMSS-BIENESTAR, ISSSTE y la Secretaría de Salud de Michoacán como instituciones públicas que ofrecen el servicio de aborto. Una persona del personal de salud comenta que “en teoría en todas las instituciones públicas de salud, menos en el IMSS ordinario”.

### Centros de salud suficientes

Las personas entrevistadas coinciden que la cantidad de unidades de salud que brindan el servicio son “algo suficientes”. Una persona entrevistada del personal de salud menciona que “hay todavía regiones, municipios o zonas en las que hace falta una unidad cerca que tenga este servicio o aperturar

*este servicio para que las personas solicitantes puedan acceder y en ocasiones no trasladarse, que los traslados no sean con mucha distancia”. La persona acompañante comenta que “el acceso a servicios de aborto está un poco sujeto a muchas cuestiones geopolíticas dependiendo del lugar donde te encuentres tienes acceso diferenciado, ejemplo: en Morelia siendo capital del estado, existen dos instituciones que brindan el servicio pero en el resto de los municipios no existen. Solo once para ciento trece municipios”.*

### **Personal suficiente**

En las entrevistas realizadas se destaca que a veces hay personal suficiente. La persona acompañante comenta que *“por experiencia nos hemos percatado que no se cuenta con el personal suficiente para cubrir los espacios y horarios, también la objeción de conciencia y que solo hay atención en horarios específicos”.* Una entrevistada del personal de salud comenta que *“son servicios que aún no cuentan con un horario amplio”.*

### **Insumos y medicamentos suficientes**

La falta de insumos y medicamentos es reconocida por las personas entrevistadas del personal de salud, representando una barrera de acceso para las personas usuarias del servicio. Una entrevistada del personal de salud comenta que *“en los servicios de salud se ha trabajado y gestionado para contar con insumos y evitar que la falta de insumos sea una barrera de acceso o que le tengan que decir a la persona solicitante que lo tiene que comprar”.*

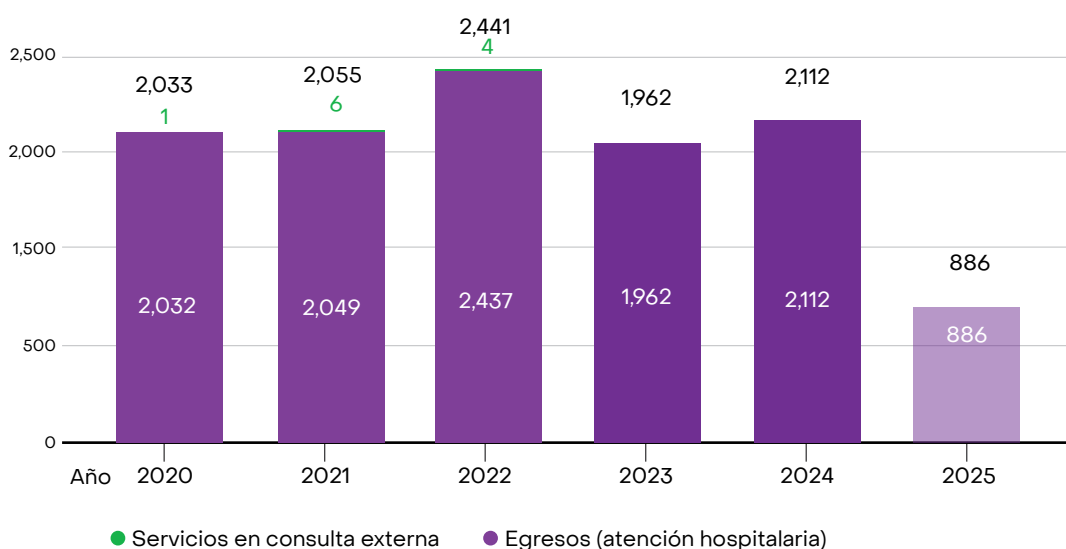
## **Accesibilidad**

Entre 2020 y 2022, Michoacán mostró un incremento en los registros relacionados con la atención del aborto. Durante esos años, tanto los egresos hospitalarios como los servicios reportados en la plataforma oficial reflejan un crecimiento gradual, pasando de 2,033 casos totales en 2020 a 2,441 en 2022. A partir de 2023 ocurre un cambio en la forma en que se reportan los datos, aunque los egresos hospitalarios continúan registrándose —1,962 en 2023 y 2,112 en 2024— el sistema deja de reportar “servicios” de aborto durante tres años consecutivos, incluyendo los datos preliminares de 2025. Esta discrepancia entre los egresos hospitalarios y la ausencia total de servicios

reportados sugiere posibles fallas en el registro, modificaciones internas en la metodología de captura o un subregistro institucional que afecta la visibilidad del acceso real a estos procedimientos.

A pesar de la falta de información en la categoría de servicios, los egresos se siguen reportando, en 2025, por ejemplo, se registran 886 egresos solo entre enero y mayo, lo que indica que la actividad hospitalaria se mantiene, aunque aún no se cuenta con cifras del año completo. Esta continuidad operacional contrasta con el vacío administrativo en los registros, lo que limita la comprensión integral del acceso al aborto y dificulta la evaluación de políticas públicas en torno a este servicio de salud.

### Abortos atendidos en Michoacán



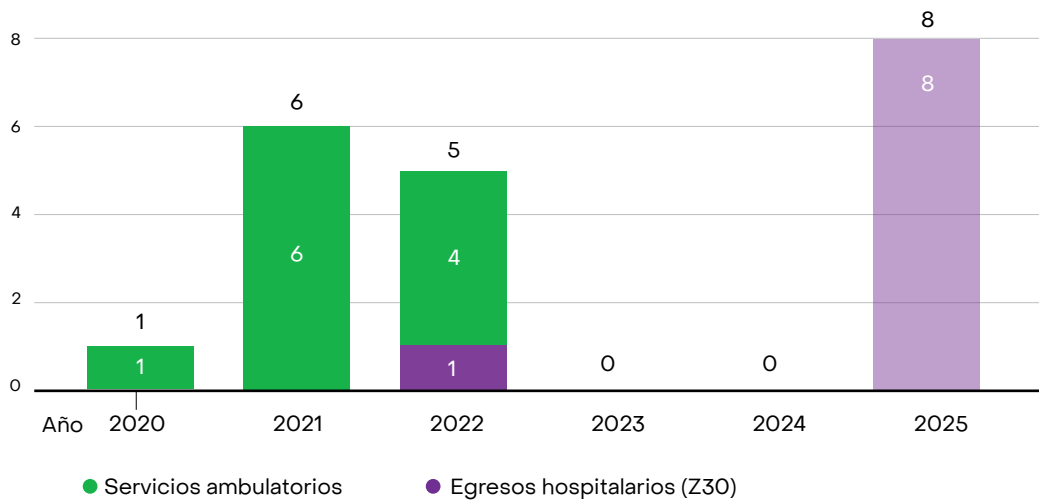
Fuente: Elaboración propia con datos de los cubos de egresos y servicios de cubos dinámicos, de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Recupera todos los abortos atendidos en Michoacán por el sector salud, incluyendo los códigos CIE O03, O04, O05, O06, O08 y Z30.03. Consultado en junio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

Debido a que los datos de aborto muestran intermitencia en el registro se complejiza el análisis, pues entre 2023 y 2025 no se reportan servicios ambulatorios, lo que dificulta la identificación de tendencias de abortos inducidos antes y después de la despenalización ocurrida en octubre de 2024. En los

datos preliminares de enero a mayo de 2025 se reportan 8 egresos hospitalarios por aborto inducido, sin embargo la falta de datos no permite establecer una tendencia clara sobre la atención de abortos inducidos en Michoacán.

## Servicios de aborto inducido en Michoacán

Año de despenalización: 2024

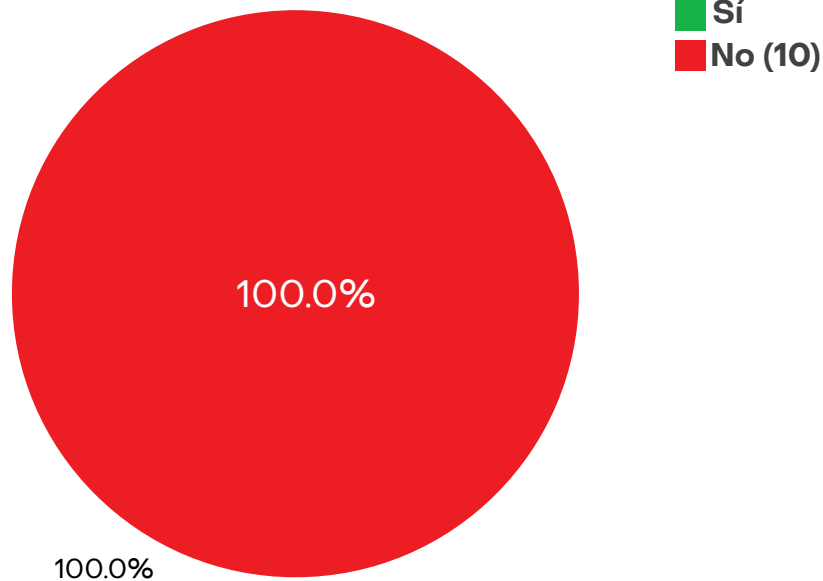


Fuente: Elaboración propia con datos de egresos (CIE Z30.3) y servicios de cubos dinámicos, de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Recupera los abortos atendidos en Michoacán por el sector salud. Consultado en junio de 2025, los datos de este año son preliminares y consideran únicamente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

Entre 2023 y 2024 en Michoacán, se registraron 10 casos de embarazos producto de violencia sexual en los que no se realizó la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). En contraste, no aparece ningún caso en el que sí se haya otorgado este servicio, lo que deja el registro en cero procedimientos realizados bajo esta causal. Esta información evidencia que a pesar de que la normativa nacional establece que este servicio debe estar disponible de manera obligatoria, gratuita y sin necesidad de denuncia previa, aún se presentan desafíos para su acceso.

## Embarazos producto de violación que recibieron IVE

Michoacán 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

Respecto a la accesibilidad se identifican algunos riesgos. La persona acompañante comenta que “no se ha logrado tener una cobertura más amplia de los municipios alejados de la capital, lo que dificulta el acceso para quienes no cuentan con ciertos privilegios, creando sesgos obstaculizando el acceso para las minorías”. Mientras que una persona del personal de salud comenta que “no se cuenta con la capacidad suficiente de personal para garantizar el acceso a todo el estado”.

### Ubicación clínicas accesibles

La cantidad de unidades médicas no cubren la totalidad del estado por lo que una persona que se encuentre fuera de las zonas de atención deberá trasladarse a la ubicación de la clínica que sí otorgue el servicio, una entrevistada del personal de salud comenta “todavía no se da la cobertura en todos los municipios”.

Adicional a que la ubicación de las clínicas no es de fácil acceso para el público, principalmente por fallas en la difusión informativa, la persona acompañante mencionó que: *“como tal no se cuenta con los datos certeros de cuáles sí y cuáles no”*, referenciando a la ubicación de las clínicas, lo que constituye una barrera de acceso en sí misma.

### **Horarios accesibles**

Respecto a los horarios oficiales, el personal de salud mencionó que en los centros de salud la atención se brinda de 8:00 a.m. a 4:00 p.m, y para los hospitales la idea es que el servicio esté las 24 hrs del día. Sin embargo, la disponibilidad se encuentra sujeta a los horarios del personal médico y no objetor de conciencia, así mismo, la persona acompañante comenta que *“las personas usuarias son mayormente atendidos por la mañana, fuera de estos horarios, es muy complicado que reciban la atención”*. Una persona del personal de salud comenta que *“idealmente no debería haber un horario fijo, pues una situación de este tipo se puede presentar a cualquier hora”*.

### **Requisitos para ILE e IVE**

En el caso de ILE oficialmente los requisitos son: acudir dentro de las doce semanas de gestación, con documentación para apertura de expediente (identificación oficial, en caso de no contar con la misma llevar su CURP o acta de nacimiento), es decir, la falta de identificación no es motivo para negar el servicio, para que el acceso sea gratuito se pide carta de no derechohabencia del IMSS o ISSSTE. La persona acompañante recomienda *“acudir primero al módulo MUSA, llevando la documentación ya mencionada y un comprobante de domicilio”*.

Para el caso de IVE, se pide la misma documentación, sin embargo, la persona acompañante menciona que *“operativamente no se tiene claridad de los requisitos para llevar a cabo el procedimiento”*. Si son mayores de doce años, se realiza una solicitud por escrito bajo protesta de decir, que su embarazo fue producto de una violencia sexual o de violación, y en caso de ser menores a doce años este documento debe venir por parte de la madre, padre, tutor o alguna institución que le represente, de acuerdo a lo mencionado por la persona responsable de los SAS.

### **Semanas de gestación hasta que se brinda el servicio**

Las entrevistadas del personal de salud mencionaron que se utilizan distintos procedimientos según la edad gestacional, desde medicamentos, hasta otros métodos para “*edades gestacionales muy avanzadas*”. Sin embargo, comentaron que priorizan que la atención sea brindada dentro de las doce semanas con seis días de gestación.

### **Negación servicio**

Se destaca la presencia de negativas ante el servicio, una entrevistada del personal de salud y la acompañante, coinciden con el reporte de negativas generalmente atribuidas a personas objetoras de conciencia y desconocedoras de la ley, que responden hacia las personas usuarias con frases como “*aquí no hacemos eso*”.

### **Rutas de referencia entre clínicas e instituciones**

Hay una discrepancia entre la percepción sobre las rutas de referencia de las dos personas del personal de salud y la persona acompañante; el personal de salud menciona que “*sí se cuentan con rutas de referencia para garantizar el acceso al servicio*”. Sin embargo, al llevarlo en práctica la persona acompañante menciona que “*a las personas usuarias se les llega a negar el servicio sin ofrecerles información o canalización*”.

### **Accesibilidad física**

De acuerdo a las entrevistas realizadas, se considera que las unidades donde se brindan el servicio cumplen con los criterios de infraestructura necesarios. Contrariamente, durante la observación participante por parte de la investigadora se identifican algunas fallas que dificultan la movilidad para personas con discapacidad motriz, como la falta de pasamanos y espacios reducidos en sanitarios.

### **Accesibilidad económica o asequibilidad**

En las entrevistas realizadas se afirma que el servicio es totalmente gratuito para quienes no son derechohabientes de IMSS e ISSSTE, en caso de realizarlo en alguna institución diferente a estas. Sin embargo se informó por parte de una persona del personal de salud la existencia de algunos casos en los que sí se llega a solicitar una cuota para los medicamentos principalmente, que oscila entre los \$100 y \$110 pesos mexicanos.

### **Servicios sin discriminación**

La persona acompañante señala que *“el estigma hacia el aborto, se manifiesta en discriminación por racismo, clasismo, adultocentrismo y capacitismo”*. El personal de salud reconoce que aunque los servicios se rigen por principios de no discriminación, en la práctica existe *“personal que no es consciente o no está capacitado”* por lo mismo, se reconoce como objetivo clave proveer una atención *“más amigable, con menos discriminación, con menos estigmas”* de acuerdo al personal de salud.

### **Accesibilidad en lenguas indígenas**

De acuerdo a las entrevistas realizadas, se concluye la falta de materiales o estrategias de difusión en lenguas indígenas. La persona acompañante menciona que *“hasta ahora no se ha dado el caso de requerir dicha información”*, lo que resulta en que no se haya desarrollado contenido pertinente. Aunque una entrevistada del personal de salud comenta que *“se plantea como meta realizar estos materiales”*, pero reconoce que no se ha abordado todavía.

### **Accesibilidad en Lengua de Señas Mexicana (LSM) y método braille**

Respecto a la información en lengua de señas y método braille, las personas entrevistadas concuerdan en que hace falta generar contenidos referentes al aborto, pues no se han realizado y no hay nada al respecto en las unidades de salud.

### **Accesibilidad para personas migrantes**

Se identifican posibles barreras para las personas migrantes *“principalmente la falta de claridad sobre si se requiere ser residente del estado”*, dicho por la persona acompañante. Una entrevistada del personal de salud menciona no haber identificado casos de atención a personas migrantes *“pero hay intención de que no se tenga una barrera de atención en el acceso”*.

### **Estrategias de difusión y accesibilidad de la información**

En las entrevistas realizadas se reporta la existencia de diversas estrategias de difusión, aunque su alcance y efectividad son percibidos de manera distinta. Por un lado se menciona el uso de espectaculares, spots radiofónicos y post en redes sociales; sin embargo, se señala por parte de la persona acompañante que estos esfuerzos *“siguen yendo a público muy específico y con privilegios”*. El personal de salud confirma la existencia de una estrategia de comunicación que incluye materiales de manera impresa y digital. No obstante

se detalla que parte de esta difusión es interna, a través de oficios, donde se les informa a las unidades de salud y al personal de las unidades sobre el servicio.

### **Obstáculos normativos**

Tanto las dos personas del personal de salud y la persona acompañante comentan que más allá de obstáculos normativos identifican obstáculos institucionales como el presupuesto ya que *“la asignación de presupuesto es un obstáculo porque de ahí decanta el poder atender las problemáticas de manera adecuada”* comenta la acompañante. Una entrevistada del personal de salud además agrega la burocracia del sistema como un obstáculo.

## **Aceptabilidad**

### **Ética Médica**

De acuerdo con una persona entrevistada del personal de salud el enfoque ético deseado es *“no disuadir nunca a la paciente en cuanto a su decisión y tratarla de forma amigable”*. Esto se contrapone a la percepción de la persona acompañante que comenta que *“el personal a menudo no conoce el marco legal y de derechos para las personas usuarias y solicitantes del servicio”*, constituyendo una falta de ética en la prestación del servicio de salud.

### **Objeción de conciencia**

La persona acompañante comenta en relación a la objeción de conciencia *“es común obtener una negativa por este aspecto, en ocasiones puede estar disfrazada diciendo otros motivos”*, sin hacer mención de ellos. Mientras que una entrevistada del personal de salud menciona que *“todavía es algo que vemos que se presenta en los servicios de salud”*. La objeción de conciencia es reconocida como una de las principales barreras de acceso, aunque exista personal objetor, la institución busca garantizar el acceso mediante referencias efectivas.

### **Pertinencia cultural**

Una entrevistada del personal de salud menciona que *“falta incorporar esta visión interseccional en todo el servicio”*, ya que al haber poca o nula información en lenguas indígenas puede ser una barrera de acceso al servicio y la persona usuaria puede enfrentar discriminación. La persona acom-

pañante menciona que *“se viven discriminación racial y hay poca o nula información sobre los servicios de aborto seguro en otras lenguas que no sean el español”*.

### **Perspectiva de Género**

Se reconoce por parte de las dos personas del personal de salud entrevistadas que el acceso al aborto es parte de una agenda de género, destacan la importancia de que el personal comprenda los contextos de violencia en los que pueden vivir algunas de las personas usuarias. La persona acompañante menciona en relación a las personas trans y no binarias *“existe la limitante por estigma en las documentaciones, se sigue luchando por el reconocimiento y solución ante estas negativas”*. Pese a que el Estado de Michoacán tiene ley de identidad de género desde el 2017.

### **Atención a adolescentes**

Una de las personas entrevistadas del personal salud comenta que *“de acuerdo con la norma 047, las personas adolescentes mayores a doce años pueden solicitar el servicio sin necesidad de estar acompañadas por una persona adulta”*, mientras que la otra persona del personal de salud menciona que *“la edad si es algo que genera mucho cuestionamiento, sobre todo cuando son adolescencias las que llegan a solicitar una interrupción”* y la persona acompañante comenta que *“existe un adultocentrismo marcado, donde en ocasiones se les pide a los menores acudir con un adulto para solicitar el servicio”*.

### **Identificación de violencia sexual en infancias y adolescencias y vinculación con instituciones**

Las percepciones del personal de salud y de la acompañante difieren. Una entrevistada del personal de salud menciona que *“sí, se vinculan estos casos, también pues por protocolo son casos que se tienen que notificar tanto a la Fiscalía o al Ministerio Público cuando se tienen embarazos en menores de 15 años y también a la Procuraduría de Protección para Niños, Niñas y Adolescentes”*, otra persona del personal de salud menciona que *“sí, se indaga sobre factores vinculados a violencia sexual. Se tiene la herramienta de detección de violencia y nos sirve como referencia”*. Sin embargo, la persona acompañante menciona *“no, no hay un protocolo”*.

### **Confidencialidad**

Las dos personas del personal de salud entrevistadas mencionan que *“el servicio es totalmente confidencial”* y que *“siempre se trabaja en la confidencialidad de la de las personas que están solicitando este servicio en el uso de la información solo con fines de salud en los casos que sea necesario”*, mientras que la persona acompañante menciona que *“al solicitar los documentos personales estos no son de dominio público, sin embargo, no hay una especie de aviso de privacidad en donde se especifique para qué serán usados esos datos”*.

### **Consejería pre/post aborto.**

Las dos personas del personal de salud entrevistadas comenta que *“es un proceso obligatorio en la ruta de atención”*, el personal debe explicar el procedimiento y las opciones para que las personas usuarias firmen el consentimiento informado, la atención post aborto incluye la oferta de un método anticonceptivo. Sin embargo la acompañante menciona que *“no ha habido una estructura clara con mecanismos específicos de cómo brindar la atención, se ha prestado a la interpretación personal de cada individuo.”*

## **Calidad**

### **Infraestructura en buen estado**

Las personas entrevistadas del personal de salud comentan que *“todos se se encuentran en buen estado, lo que se busca es tener un espacio donde se brinde la atención de manera digna”* y que *“las unidades donde en este momento tenemos servicios de aborto seguro habilitado se encuentran desde la infraestructura en óptimas condiciones”*. La persona acompañante menciona que *“cuando se recibe la atención en urgencias no hay un espacio específico dónde brindar la atención respecto al aborto, muchas veces comparten espacios con personas embarazadas lo que puede generar sensación de incomodidad para quienes acceden al servicio de aborto, existen pabellones abiertos donde se les realizan los ultrasonidos o exploraciones vaginales”*.

### **Servicios básicos (agua potable y condiciones sanitarias)**

De acuerdo con las personas entrevistadas se considera que las unidades médicas cumplen con los criterios de calidad que se marcan en la norma. Así

mismo, se reporta que es rara la vez que una unidad no cuente con los servicios básicos. Y se confirma por la persona investigadora que en la observación participante la unidad contaba con los servicios básicos.

### **Personal capacitado y capacitaciones recibidas**

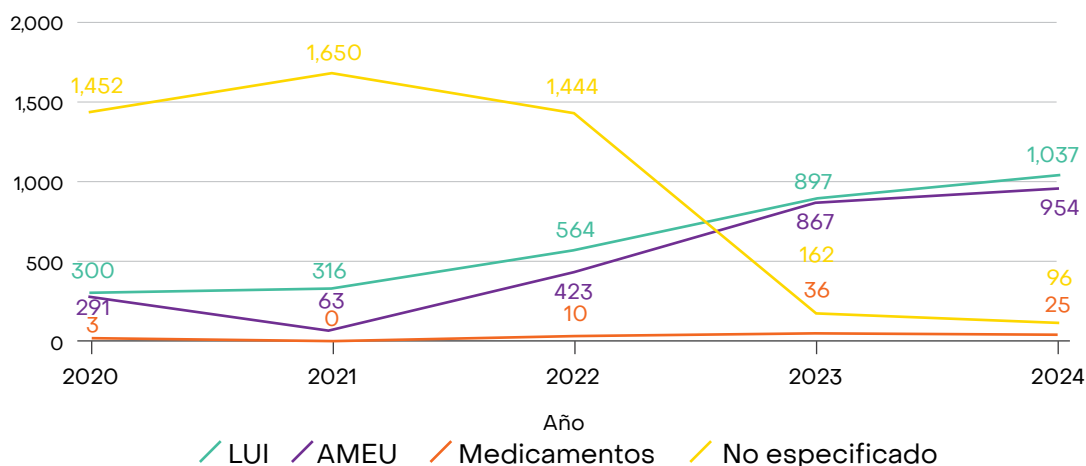
Existe una contradicción en la información obtenida, mientras que las dos personas del personal de salud comentan que *“tienen personal capacitado que ha recibido formación”*, la persona acompañante menciona que *“el personal no sabe de qué se le está hablando, no conoce el lineamiento técnico”*. Si bien puede existir capacitación técnica, esta no ha permeado en conocimiento sobre el marco de los derechos humanos de las personas usuarias.

### **Tipos de procedimiento de aborto**

Los datos sobre los tipos de procedimiento utilizados para la atención del aborto en Michoacán muestran que entre 2020 y 2022 se destaca una proporción considerable de casos clasificados como “no especificado”. Este rubro alcanza su punto más alto en 2021, con 1,676 registros, y aunque disminuye ligeramente en 2022, continúa siendo elevado con 1,444 casos. Esta situación sugiere limitaciones en la captura detallada de información, especialmente en el sistema de registro. Es importante considerar que entre 2023 y 2025 no hay datos sobre servicios ambulatorios, lo que implica que la información disponible corresponde únicamente a atenciones hospitalarias. Esto puede influir en la composición de los datos, especialmente en el uso de medicamentos, que suele ser más frecuente en contextos ambulatorios. A partir de 2023 se observan mejoras en el registro de procedimientos, pues la categoría “no especificado” se reduce. En 2023 se registran 897 y 867 procedimientos respectivamente, cifras muy superiores a las de años anteriores. Esta tendencia continúa en 2024, con 1,037 LUIs y 954 AMEU, el uso de medicamentos aparece en cifras bajas, aunque en ascenso: de 3 casos en 2020 a 36 en 2023 y 25 en 2024. Para 2025, los datos que corresponden únicamente de enero a mayo muestran una continuidad en la tendencia reciente: 379 procedimientos por LUI, 447 por AMEU y 27 con medicamentos, mientras que los casos no especificados se reducen aún más, a 33. No obstante, la ausencia de datos ambulatorios limita la comprensión completa del panorama, especialmente en lo que respecta al acceso a aborto con medicamentos, que probablemente se encuentra subrepresentado.

El personal de salud reconoce que “los procedimientos más seguros y recomendados son el aborto con medicamento y la aspiración manual endouterina (AMEU) y para edades gestacionales avanzadas, se utiliza otro método como la introducción de la asistolia fetal”.

Tipos de procedimiento de aborto en Michoacán



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

### Atención conforme al lineamiento técnico

Las tres personas entrevistadas coinciden en que se necesita reforzar bastante en conocimiento sobre el lineamiento técnico para la atención a las personas usuarias. La persona acompañante menciona que “el lineamiento técnico sigue siendo una recuperación de otros lineamientos, como los de la OMS, pero funciona como un compendio para el acercamiento de los conocimientos” y las dos entrevistadas del personal de salud comentan que “al ser un tema aparentemente nuevo, sobre todo en el estado, todavía es este tiempo donde constantemente como personal de salud, tenemos que estar recordando y nos tienen que estar recordando dónde está nuestra normatividad” y que “hay que reforzarlo de cualquier manera. Digo, muchos lo conocen, pero nunca está de más”.

### **Atención en tiempos oportunos**

En su mayoría las personas entrevistadas mencionan que los tiempos de atención para las personas usuarias son regulares. Una persona de las entrevistadas del personal de salud reconoce que *“casi siempre se trata de brindar atención en tiempos oportunos, muchas veces por los obstáculos que tenemos de que tal vez hay falta de algún personal, no se brinda justo en ese momento, sin embargo, siempre, hay alguien que reciba y que dé la consejería”*. La acompañante comenta que *“existen casos de personas que acuden a las instalaciones, recibiendo largas; un caso en particular de una persona que acudió y esperó durante más de 8 hrs para recibir la atención sin obtener respuesta”*.

### **Integración de SAS con otros servicios**

Las dos personas del personal de salud mencionan que *“aunque existe un lineamiento técnico que ya marca la pauta, la evidencia indica que en la práctica no siempre se sigue, principalmente por desconocimiento del mismo por parte del personal”* y que *“el tiempo ideal de atención es resolver en un solo día”*. Sin embargo, estos tiempos pueden verse comprometidos por la falta de personal no objetor de conciencia y se aseguran que la persona usuaria salga de la unidad médica con un método anticonceptivo.



Foto: Archivo ILSB



## ¿Qué concluimos con esta investigación?

**E**n materia de **disponibilidad**, aunque existe discrepancia en la cantidad exacta de unidades públicas que ofrecen servicios de aborto legal tras la despenalización, la cobertura territorial tiene esfuerzos institucionales pero es insuficiente entre los municipios ya que se refleja una concentración de los servicios en zonas urbanas, especialmente en la capital y ello genera desigualdad entre las personas gestantes que quieran acceder al servicio en zonas rurales. La falta de cobertura de todas las unidades de salud evidencia la falta de claridad en las rutas institucionales para la implementación efectiva del servicio, adicional a que se limita por los horarios de atención y por el personal objetor de conciencia.

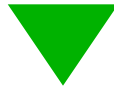
En cuanto a **accesibilidad**, el acceso al servicio está condicionado por factores geográficos y económicos porque la concentración de unidades con cobertura del servicio en la capital obliga a que las personas usuarias tengan que viajar de sus municipios o comunidades rurales generando una barrera estructural. La información institucional sobre las unidades de salud que brindan servicio es escasa y en cuanto a las unidades en general podemos coincidir que cumplen con los criterios de infraestructura pero en la observación se destacan deficiencias como la falta de pasamanos o espacios amplios y adecuados para personas con discapacidad motriz, asimismo hay carencia de materiales en lenguas indígenas, lengua de señas mexicanas o braille que se traduce en barreras culturales

Respecto a la **aceptabilidad**, de acuerdo a la información obtenida el personal de salud reconoce la importancia de no disuadir a las personas usuarias, en la práctica hay actitudes que reflejan lo contrario, por ejemplo: desconocimiento del lineamiento técnico, marco legal, prejuicios y estigmas. Se refirió contar con mecanismos para garantizar el servicio pero la falta de aplicación efectiva y ausencia de seguimiento se traduce en una barrera de acceso, así como la objeción de conciencia presente de manera abierta o encubierta

por la negación del servicio. Reconocemos la voluntad institucional de incluir perspectiva de juventudes pero se observan prácticas adultocéntricas y barreras, especialmente para adolescentes cuando el personal exige acompañamiento de un adulto.

En el componente de **calidad**, las unidades de salud cuentan con infraestructura funcional y servicios básicos pero existen limitaciones en la privacidad de las personas usuarias en los espacios. Los procedimientos más utilizados (medicamentos farmacológicos y aspiración manual endouterina “AMEU”) son seguros y recomendados por la OMS, al mismo tiempo hacemos un llamado para que todo el personal médico tenga formación integral en el lineamiento técnico de aborto. Las atenciones a las usuarias han tenido demoras significativas por lo que esperas prolongadas también se traducen en barreras de acceso para un servicio efectivo y de calidad.





# Recomendaciones

## Cambios necesarios en las leyes y normas

- Eliminar el tipo penal aborto del Código Penal Federal y del Código Penal para el Estado de Michoacán, conforme a los criterios establecidos por la SCJN. Es decir, avanzar hacia la despenalización absoluta y no tan solo antes de las doce semanas de gestación.
- Adecuación del artículo 10 de la Ley General de Salud en función de la sentencia recaída en la Acción de Inconstitucionalidad 54/2018 resuelta por la SCJN en materia de objeción de conciencia.
- Armonizar la Ley de Salud para el Estado de Michoacán en lo relativo a objeción de conciencia con base en la resolución de la SCJN en la Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, garantizando claridad normativa y asegurando la atención a todas las personas que soliciten un aborto.
- Regular su atención a través del sector salud.

## 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<sup>12</sup> 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.

## 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](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](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/678903/Gu_a_para_la_implementaci_n_Ruta_NAME_EditadaVF2021.pdf)
9. Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo. Periódico Oficial. [Internet]. Morelia, Mich. 2024. [Fecha de consulta: 27 noviembre de 2025]. <https://periodicooficial.michoacan.gob.mx/download/2024/octubre/11/10a-6224CL.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](http://www.ilsb.org.mx)

IG: @redefine.mx

TikTok: @redefine.mx