

ABORTO

**De la despenalización
al acceso**



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

Hallazgos estatales:
Nayarit

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

Coordinación de la investigación
Ana Cristina Gaspar Santana

Equipo redactor
Maria Fernanda Alegre Topete / Investigadora REDefine Nayarit
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

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

Servicios de Aborto Seguro (SAS)
Personal administrativo y operativo de salud que gestionó y participó en las entrevistas.

Organizaciones y colectivas
Colectiva Feminista Xalisco

© 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 Nayarit	14
Disponibilidad	14
Accesibilidad	15
Aceptabilidad	22
Calidad	24
¿Qué concluimos con esta investigación?	29
Recomendaciones	32
Referencias	36



Foto: Archivo ILSB



Introducción

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

Desde el año 2000, el ILSB ha sido una organización pionera en la formación de liderazgos políticos y sociales con perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad. Por medio de REDefine México, el Instituto capacita y acompaña a activistas jóvenes que defienden y promueven los derechos sexuales y reproductivos. Uno de los resultados de este acompañamiento es la investigación *De la Despenalización al Acceso: Contraloría social y diagnóstico sobre el aborto legal en ocho estados de México*¹, presentada en septiembre de 2025 y que tiene como objetivo principal describir la situación actual del acceso al aborto legal en los Servicios de Aborto Seguro (SAS) del sistema público de salud en ocho estados que han despenalizado el aborto hasta junio de 2025: Ciudad de México, Estado de México, Guerrero, Nayarit, Michoacán, Quintana Roo, Puebla y Veracruz.

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

El estudio adoptó un enfoque de Investigación Acción Participativa (IAP), en el que las propias activistas de REDefine asumieron el rol de investigadoras. La metodología mixta cualitativa y cuantitativa, combinó el análisis de

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

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

A partir del reconocimiento del valor que tiene motivar la transformación estructural desde el ámbito local, se prepararon ediciones de la investigación por cada uno de los ocho estados, con el fin de ofrecer un panorama detallado sobre los avances, desafíos y oportunidades respecto a cada uno. Este documento presenta los hallazgos específicos correspondientes a Nayarit, que desde enero del 2025 despenalizó el aborto.

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



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



Glosario

Aborto: “Es la terminación, espontánea o inducida, de un embarazo antes de las 22 semanas completas de gestación o cuando el producto pesa menos de 500 gramos...” (3, p.1).

Aborto inducido: Pérdida intencional de un embarazo intrauterino por medios médicos o quirúrgicos, que no tiene la intención de resultar en un nacimiento vivo⁴.

Aborto seguro: Se considera un procedimiento y una intervención sanitaria no compleja cuando se atiende con los métodos recomendados por la propia organización, por personal capacitado y que son apropiados para la edad gestacional. Así, los servicios de aborto seguro incluyen el abordaje del aborto espontáneo (incompleto, inevitable, diferido y sus complicaciones) e inducido (en embarazos viables y no viables) y comprenden el uso de tecnologías como medicamentos y aspiración endouterina, la competencia técnica de equipos multidisciplinarios, el manejo del dolor durante el procedimiento y la anticoncepción postaborto (3, p.1).

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

IMSS: 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: Ruta para la Atención y Protección de niñas y adolescentes madres y/o embarazadas menores de 15 años⁸.

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).

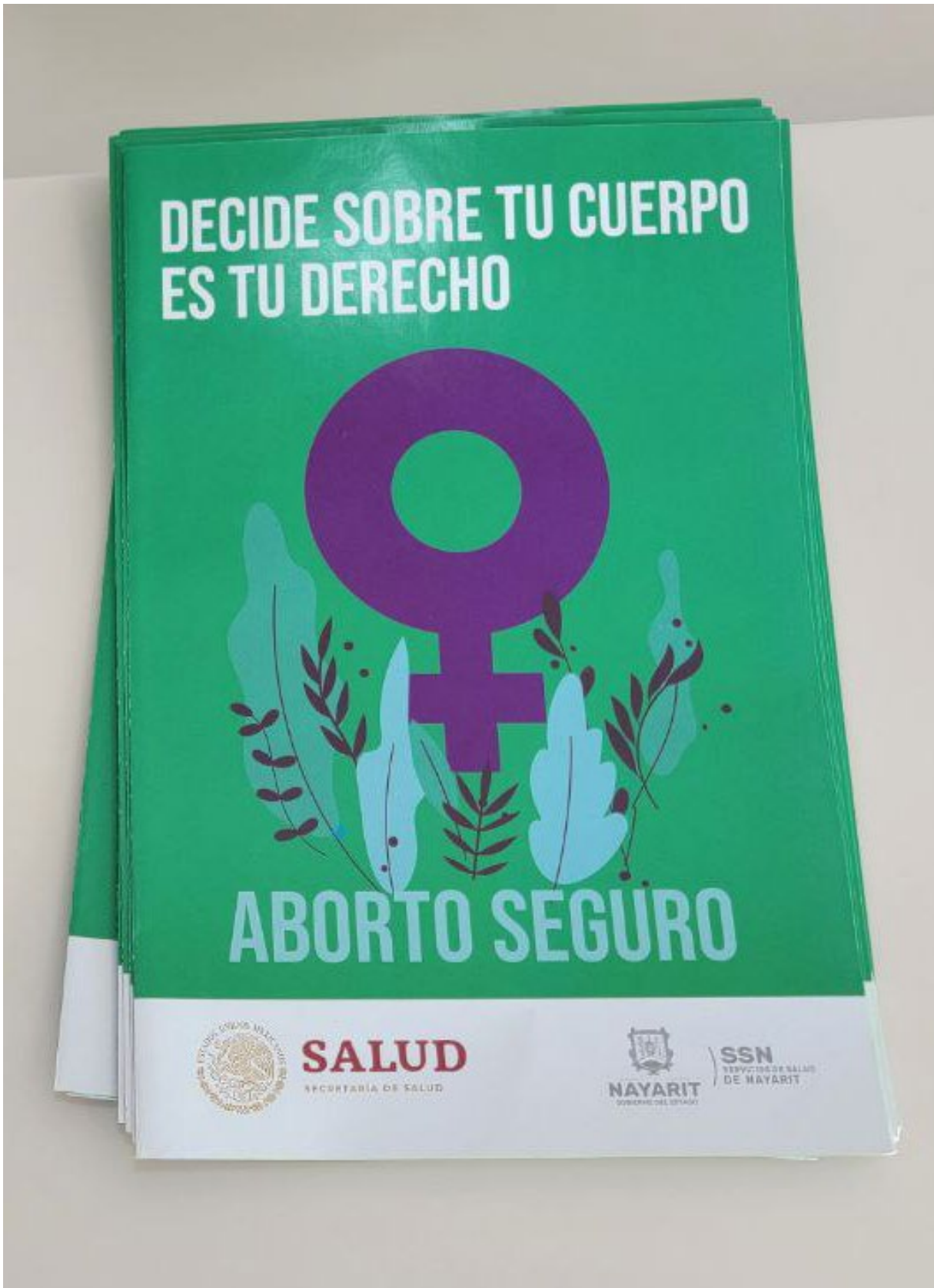


Foto: Fernanda Topete



Antecedentes

Gracias a la lucha de diversas organizaciones y colectivas, el 27 de enero de 2025 se publicó en el Periódico Oficial del Estado de Nayarit la reforma que despenalizó el aborto hasta las doce semanas de gestación. El decreto modificó los artículos 368 a 372 del Código Penal del Estado de Nayarit. Con ello, se estableció que la interrupción del embarazo no será sancionada penalmente cuando se realice dentro de las primeras doce semanas de gestación⁹.

Al mismo tiempo, la reforma estableció que el aborto no es un delito en tres supuestos: cuando el embarazo sea resultado de una violación; cuando de no provocarse la interrupción del embarazo, la persona gestante corra peligro de muerte o afectación grave a su salud, y cuando exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales graves, siempre que se tenga el consentimiento de la persona gestante.

A la par de estos avances legislativos, es necesario observar las condiciones institucionales que pueden influir en el acceso efectivo al derecho al aborto seguro, entre las que se considera la disponibilidad del servicio médico. Por ejemplo, a pesar de que Nayarit se encuentra entre las diez entidades del país con menos municipios, no existe disponibilidad del servicio en cada una de sus veinte divisiones territoriales.

No obstante lo anterior, de acuerdo con el Catálogo Nacional de Indicadores del Sistema Nacional de Estadística y Geográfica (SNIEG)¹⁰, Nayarit es la segunda entidad federativa después de la Ciudad de México, con mayor número de personal médico por cada mil habitantes, al contar con un índice de 3 en a 2023, último año de actualización, lo que mantiene a la entidad con una menor brecha con respecto a la meta planteada por la Organización Panamericana de Salud (OPS) para la región, que es de 4.5 médicos 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: Archivo ILSB



¿Qué encontramos? Hallazgos estatales Nayarit

Disponibilidad

Centros de salud que brindan el servicio de aborto en Nayarit

De acuerdo a información difundida por medio de folletos por instituciones del sector salud se menciona que existen nueve unidades públicas en Nayarit pese a que en las entrevistas y directorios públicos se mencionan menos unidades que ofrecen servicios de aborto legal, de las cuales cuatro son centros de salud de primer nivel y cinco son hospitales de segundo nivel. Una persona entrevistada del personal de salud menciona que *“hay doce unidades que están siendo capacitadas para empezar a dar el servicio pero todavía no se incluyen en los centros que cuentan con los insumos necesarios para la operación”*. Los municipios que tienen unidades que brindan el servicio son: Acaponeta, Bahía de Banderas, Compostela, La Yesca, Rosamorada, Santiago Ixcuintla, Tepic y Xalisco.

Instituciones públicas que ofrecen el servicio de aborto

El IMSS-BIENESTAR y la Secretaría de Salud de Nayarit ofrecen el servicio de aborto. Si bien el ISSSTE anunció la prestación del servicio, una de las personas entrevistadas del personal de salud menciona que *“anteriormente se ofrecía el servicio en el ISSSTE pero la Dra. encargada fue cambiada de área y ahora solo refieren al Hospital de la mujer”*.

Centros de salud suficientes

Tanto las personas entrevistadas del personal de salud como la acompañante expresan que hay pocos centros que brinden el servicios de aborto, una persona entrevistada del sector salud plantea *“la necesidad de contar con al menos un módulo de atención en cada municipio, con personal médico dedicado exclusivamente a este servicio”*.

Y mencionan algunos factores que obstaculizan la disponibilidad de los centros; como la falta de capacitación del personal médico, la objeción de conciencia y el miedo de sentir que están haciendo algo ilegal

Personal suficiente

Las tres personas entrevistadas coinciden en que el personal médico no es suficiente. La acompañante comenta que *“hay personal médico que no quiere capacitarse o son objetores de conciencia”*. Una entrevistada del personal de salud comenta que *“en el hospital de la mujer que es el principal centro donde se otorga el servicio, solo se cuenta con dos personas médicas, y en las demás unidades de salud además de no contar con un consultorio establecido para brindar el servicio no cuentan con suficiente personal capacitado y sensibilizado para brindar atención integral a las personas usuarias del servicio de aborto”*. La otra persona entrevistada del personal de salud comenta que *“hay algunos médicos capacitados y algunos que ya están iniciando con el tratamiento para abortar pero no cuentan con las herramientas para dar seguimiento”*.

Insumos y medicamentos suficientes

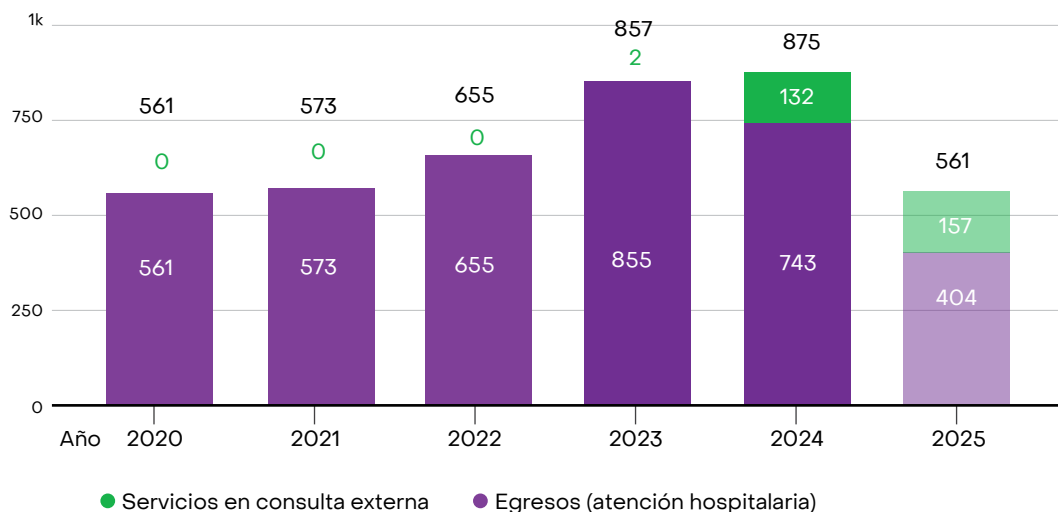
La acompañante y las dos personas del personal de salud reportan que las unidades de salud cuentan con los medicamentos adecuados para realizar el procedimiento, pero no todos cuentan con ultrasonidos o se cuenta con este pero no imprime imagen por lo que para ello refieren al hospital de la mujer o al hospital civil y mencionan también la falta de insumos para la Aspiración Manual Endouterina (AMEU). Por otra parte, el personal de salud menciona que ante el desabasto *“el personal médico le brinda a las usuarias las recetas para que los compren con sus propios recursos”*, otra de las medidas a las que recurre el personal de salud es solicitar apoyo a los centros de salud que sí cuentan con los medicamentos. Asimismo, el personal de salud menciona que *“hemos estado esperando el apoyo del suministro de medicamentos por parte del IMSS-BIENESTAR durante meses”*.

Accesibilidad

Entre 2020 y 2024 se observa en Nayarit un incremento gradual en el número total de abortos registrados, pasando de 561 a 875 casos registrados como

aborto espontáneo (O03), aborto médico (O04), otro aborto (O05), aborto no especificado (O06), complicaciones consecutivas al aborto (O08). Este aumento se presenta principalmente en los egresos hospitalarios, que constituyen la mayoría de los casos hasta 2023. A partir de 2023 se registran los primeros casos atendidos en servicios no hospitalarios, con 2 casos en 2023 y 132 en 2024. En enero del 2025 se despenalizó el aborto en Nayarit y con los datos preliminares de los primeros cinco meses de 2025, se registran 157 servicios en atención ambulatoria, superando en esta parcialidad del año, los servicios ambulatorios otorgados en el año anterior y a los cuales a las clasificaciones de aborto anteriores se suma la categoría extracción menstrual (Z30).

Abortos atendidos en Nayarit



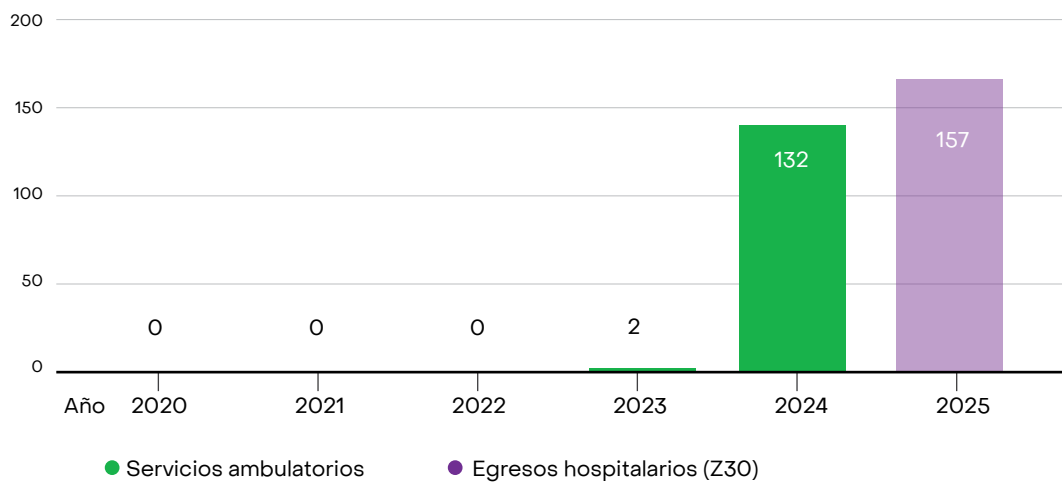
Fuente: Elaboración propia con datos de los cubos de egresos y servicios de cubos dinámicos, de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Recupera todos los abortos atendidos en Nayarit por el sector salud, incluyendo los códigos CIE O03, O04, O05, O06, O08 y Z30.03. Consultado en junio de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

Entre 2020 y 2022 no se registran casos de aborto inducido en Nayarit, en 2023 aparecen los primeros 2 casos atendidos en servicios ambulatorios, mientras que en 2024 la cifra aumenta a 132 casos. Durante los primeros cinco meses de 2025 se reportan 157 casos, superando ya el total del año anterior. No se registran egresos hospitalarios por aborto inducido, esto sugiere que

los casos se concentran exclusivamente en la atención ambulatoria. Los datos muestran una tendencia creciente en los registros de aborto inducido en servicios ambulatorios a partir de 2023, coincidiendo con el cambio normativo de despenalización del aborto en Nayarit en 2025 y con una expansión de los servicios de atención fuera del ámbito hospitalario.

Servicios de aborto inducido en Nayarit

Año de despenalización: 2025



Fuente: Elaboración propia con datos de egresos (CIE Z30.3) y servicios de cubos dinámicos, de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Recupera los abortos atendidos en Nayarit 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.

Percepción de accesibilidad

La persona acompañante menciona que el servicio es poco accesible pues “*tienen los contactos, están las instalaciones, pero actualmente la velocidad del servicio es lentísima*”. Una persona del personal de salud percibe que el servicio es poco accesible porque “*es accesible en Tepic pero las usuarias pueblerinas prefieren comprar los medicamentos y realizar el procedimiento en sus municipios debido a las distancias*”. La otra persona entrevistada del personal de salud considera que el servicio es muy accesible pues “*ha habido un incremento en las atenciones, no se niegan los servicios ni atención, hay respuesta óptima*”.

Ubicación clínicas accesibles

Las tres personas entrevistadas coinciden en que la ubicación de las clínicas es un tema complejo, la persona acompañante refiere que *“el hospital de la mujer se encuentra lejos y para usuarias de escasos recursos sería difícil acceder”*. Las entrevistadas del personal de salud mencionan que *“el hospital de la mujer se encuentra a un extremo de la ciudad y puede ser complicado para las personas de escasos recursos acceder, desde el hospital civil se les permite trasladar a las usuarias”* y *“hay muchos camiones que pasan por la ubicación pero son las limitaciones económicas de usuarias de otros municipios”*. Durante la observación participante se identifica que por ejemplo el hospital comunitario de Compostela es poco accesible debido a que se encuentra localizado en un cerro y para las personas usuarias sin transporte privado o con discapacidad motriz sería complicado asistir.

Horarios accesibles

Las tres personas entrevistadas mencionan que hay accesibilidad en los horarios de atención, pues son de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sin embargo, externaron que es necesario que el servicio también pueda brindarse los fines de semana. Una entrevistada del personal de salud menciona *“anteriormente cuando el servicio era brindado en el hospital civil, había una médica que nos ayudaba los fines de semana y días festivos pero fue transferida al ISSSTE tras la implementación del hospital de la mujer”*.

Requisitos para ILE e IVE

Para la primera cita y realización del procedimiento con medicamentos se solicita nombre completo, semanas de gestación, edad, lugar de residencia, número telefónico, copia de CURP, copia de INE y cuando la persona usuaria es menor de edad se solicita testigo, quien debe ser mayor de edad, tener parentesco y contar con su identificación. Después de haber solicitado los primeros requisitos en caso de ser necesario llevar un proceso quirúrgico se solicita biometría hemática, química sanguínea, grupo IRH, tiempos de coagulación, prueba de embarazo de sangre y examen general de orina. Estos estudios se refieren al hospital civil, donde el personal médico da indicaciones escritas a la persona usuaria para que pueda realizarlo.

Semanas de gestación hasta que se brinda el servicio

Las tres personas entrevistadas mencionaron que la ILE se realiza hasta las doce semanas, en caso de la IVE, por motivos de violencia sexual, el límite es hasta las veinticuatro semanas porque después de ese periodo gestacional ya no se puede realizar el procedimiento con fármacos o Aspiración Manual Endouterina (AMEU), sino que se realiza con Asistolia Fetal Inducida (IAF).

Negación servicio

Una entrevistada del personal de salud menciona que *“antes de la despenalización se negaba el servicio a una de cincuenta personas usuarias”*, sin embargo no especifica el motivo. La otra persona del personal de salud refiere que *“actualmente de parte de los SAS no se niega las atenciones, pero debido a la desinformación sobre un caso de IAF las autoridades del IMSS-BIENESTAR decidieron bloquear el servicio durante 15 días, esto a inicios del año 2025”*. Por otra parte, la persona acompañante comenta que *“el filtro para solicitar el servicio se ha vuelto más exigente y eso desalienta a las personas usuarias, por lo que prefieren acudir con colectivas que brinden acompañamiento”*.

Rutas de referencia entre clínicas e instituciones

La dos personas del personal de salud entrevistadas comentan que *“cuentan con rutas de referencia a través de los grupos de primer nivel de los servicios de salud y áreas hospitalarias del estado, que se utilizan cuando en ciertos centros no pueden realizar el procedimiento y refieren al hospital de la mujer o viceversa”*. Sin embargo, la persona acompañante contrasta que *“actualmente ya no tienen rutas de referencia a las clínicas”*.

Accesibilidad física

Una persona entrevistada del personal de salud considera que hay bastante accesibilidad física porque *“el hospital de la mujer cuenta con rampas, señalización visible y elevador”*. La persona acompañante menciona *“el hospital civil no cuenta con rampas ni rutas fáciles o accesibles para personas usuarias en silla de ruedas”*. Durante la observación participante se identificó en la unidad que si bien las salas de espera son amplias, el consultorio es pequeño y podría dificultar el acceso de personas usuarias en silla de ruedas.

Accesibilidad económica o asequibilidad

Las tres personas entrevistadas coinciden con que el servicio de aborto es gratuito en los hechos y que el personal de salud realiza las gestiones necesarias para garantizarlo. Sin embargo, una entrevistada del personal de salud menciona *“aunque no hay medicamentos en el hospital de la mujer se acude a otros hospitales que cuenten con los medicamentos para otorgarlos a las personas usuarias o en caso de que la persona usuaria pueda y quiera se le otorga una receta médica para que compre el medicamento farmacológico que oscila entre en los \$550 y \$3000 pesos”*. Esto da cuenta de que las personas usuarias optan por cubrir los gastos de medicamentos ante la necesidad de apresurar el servicio para personas usuarias en límite de periodo gestacional o que sean habitantes de comunidades lejanas a donde acudieron por la atención médica.

Servicios sin discriminación

Una de las entrevistadas del personal de salud considera que *“los servicios se otorgan sin discriminación a las personas usuarias”*, y menciona también *“mi compañera y yo estamos completamente a favor del aborto, creemos que como mujeres es importante que tengamos este derecho vigente, por lo tanto tratamos de ser empáticas y sensibles con las usuarias”*. Una de las entrevistadas del sector salud añade que el propio personal que trabaja en los SAS ha recibido discriminación por parte del personal médico del hospital así como de grupos religiosos, estos últimos quienes acosan y agreden al personal dentro y fuera de las unidades de salud *“nos categorizaban como mata bebés y demonios”*. Por otra parte, la persona acompañante comenta que *“anteriormente los centros de salud no otorgaban la atención a las personas usuarias si estas no mostraban indicios de violencia y/o agresión”*. Sin embargo, es importante destacar que la falta de claridad en rutas de atención a personas indígenas o con discapacidad, constituyen barreras discriminatorias.

Accesibilidad en lenguas indígenas

Una entrevistada del personal de salud menciona que *“las mujeres indígenas que han asistido a realizarse un aborto también hablan español por lo tanto no ha habido impedimento para realizarlo”*. La otra persona del personal de salud comenta que *“el hospital civil cuenta con personas traductoras y videos en naayeri y wixárika, sin embargo hay personal que no sabe cómo*

sería la ruta de accesibilidad de la traductora al hospital de la mujer”. La acompañante comenta que “el personal médico ha recibido capacitaciones sobre lenguas indígenas pero no han mostrado interés ni iniciativa por actualizar la información de servicios de aborto seguro en lenguas indígenas”. Durante la observación participante de la investigadora no se visualizó señalización en lenguas indígenas.

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

Una entrevistada del personal de salud menciona que sí hay señalética en braille, sin embargo, las otras entrevistadas mencionaron que no se cuenta con ello, durante la observación participante en la unidad no se encontró con señalética en este método. Respecto a la accesibilidad de los servicios en LSM, una de las entrevistadas del sector salud y la acompañante confirmaron la falta tanto de señalizaciones como de personas intérpretes.

Accesibilidad para personas migrantes

Las dos personas entrevistadas del personal de salud comentan que *“el servicio es accesible para migrantes y también para usuarias extranjeras”*. Incluso una de ellas menciona que *“hace tiempo atendí a una chica de Sonora que viajó únicamente hasta acá para realizarse el procedimiento, debido a que en su estado no es legal el aborto”*.

Estrategias de difusión y accesibilidad de la información

Las tres personas entrevistadas coinciden en que no hay mucha difusión física o digital de los servicios de interrupción del embarazo por parte del sector salud. Aunque una persona del personal médico comenta que *“se cuenta con carteles distribuidos en las tres jurisdicciones sanitarias (Tepic, Compostela y Tuxpan) pero actualmente esos carteles no funcionan porque su información está desactualizada”*, y la otra entrevistada del personal de salud comenta que la difusión *“es de boca en boca”*. La persona acompañante menciona que *“por medio de grupos de colectivas feministas es como la mayoría de la población conoce sobre el servicio”*. Durante la observación participante no se observó difusión visible del servicio y se mencionó en las entrevistas del personal de salud que se cuenta con material impreso, pero no está a la vista.

Obstáculos normativos

Las tres personas entrevistadas comentan que lo que identifican son obstáculos institucionales, más allá de normativos. El personal de salud comenta que los obstáculos son *“la escasez de medicamentos”* y que *“las autoridades no brindan apoyo a los programas prioritarios por parte de IMSS-BIENESTAR”*. La persona acompañante comenta que como obstáculo institucional las personas usuarias se enfrentan a *“estigmas y prejuicios”* por parte del personal de salud.

Aceptabilidad

Ética médica

Como antecedente antes de la despenalización del aborto, el servicio se otorgaba en el hospital civil, el consultorio se encontraba en el sótano y al no existir señalizaciones muchas personas del personal de salud comentaban a las personas usuarias que no existía el programa. Una entrevistada del personal de salud comenta *“nos mandaron al sótano como si fuéramos delincuentes”*. Actualmente el personal de salud comenta que si bien dentro del programa de aborto seguro la atención se ejerce de manera ética, en otras áreas como urgencias el personal encargado tiende a ser objetor de conciencia. Tanto personal de salud como la acompañante comentan que fuera del programa de aborto seguro el personal médico tiene los protocolos, la información, actualizaciones y capacitaciones por el programa, sin embargo, algunas personas del servicio médico se niegan a realizar el procedimiento al ser objetores de conciencia.

Objeción de conciencia

Las personas entrevistadas del personal de salud y la acompañante comentan que la objeción de conciencia es uno de los principales obstáculos. Mencionan que cuando hay un caso en el que la persona usuaria asista a urgencias médicas para solicitar el servicio de aborto y haya personal médico objetor de conciencia, se solicita la presencia de personal médico no objetor o se canaliza a otra unidad médica en la que sí brinde el servicio.

Pertinencia cultural

La persona acompañante menciona que *“no hay información en lenguas indígenas”*. Por otro lado, las dos personas del personal de salud comentan que hasta el momento no ha habido alguna limitación o discriminación, el personal médico recibe capacitaciones en temas de no discriminación en cuanto a poblaciones indígenas, perspectiva de género y comunidad LGBTIQ+, sin embargo es libre decisión el tomarlas, no se les impone.

Perspectiva de Género

Las tres personas entrevistadas coinciden en que no hay limitaciones en la atención al respecto, se especificó que se brinda el servicio a quien lo requiera sin importar su identidad de género mientras se presenten con los documentos necesarios. Sin embargo, no todas las personas trans cuentan con documentos de identidad por la falta de una ley de identidad de género que otorgue el reconocimiento, lo cual podría representar un obstáculo.

Atención a adolescentes

El personal de salud entrevistado comenta *“llevamos un registro de las edades de las personas usuarias y estamos alerta cuando recibimos especialmente niñas o adolescentes ya que implican factores de riesgo e indagamos inmediatamente para descartar posible violencia sexual, realizamos un test de violencia y si la persona usuaria lo solicita puede ser acompañada de un testigo. Le hacemos conocer sus derechos y se le dirige a las rutas pertinentes como acompañamiento psicológico, planificación familiar si así lo desea”*.

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

El personal de salud entrevistado comenta *“aplicamos un test de violencia y evaluamos la situación para actuar bajo el protocolo de la Ruta NAME. Los documentos elaborados tienen valor probatorio para situación legal y una vez identificada la violencia sexual refieren a los departamentos correspondientes como trabajo social, psicológica, violencia de género y se le hace un aviso al Ministerio Público, Fiscalía o la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA). La persona usuaria puede decidir si continuar con la denuncia o no, pero siempre se le brinda acompañamiento psicológico dentro del departamento de psicología del hospital civil”*.

Confidencialidad

El personal de salud considera respetar la confidencialidad de las personas usuarias, *“los datos no son compartidos garantizando la confidencialidad de las personas usuarias, sólo se recolectan los datos para llevar un registro”*. También se menciona que la consulta a las personas usuarias se realiza en un consultorio privado. Asimismo se refiere que *“se acordó con los directivos de hospitales no colocar, por ahora, un letrero de ‘aborto seguro’ en los consultorios para proteger la seguridad de las usuarias, debido al estigma que aún persiste en el estado. La preocupación principal es evitar posibles actos de hostigamiento mientras esperan o ingresan al consultorio. Sin embargo, se contempla instalar el letrero en el futuro, cuando haya un entorno social con menos estigmatización”*.

Consejería pre/post aborto

Las tres personas entrevistadas coinciden en que la consejería es adecuada ya que se les explica detenidamente a las personas usuarias qué conlleva el procedimiento, cómo se van a sentir y se obtiene el consentimiento informado para realizar el procedimiento. Al concluir el procedimiento se pide asistir de nuevo al consultorio para corroborar que el producto haya sido evacuado adecuadamente, en caso de no ser así se realiza un procedimiento hospitalario de acuerdo con las necesidades de la persona usuaria. Posteriormente se pide la firma de consentimiento para que a la persona usuaria se le pueda brindar consejería de un método anticonceptivo si así lo desea.

Calidad

Infraestructura en buen estado

Las tres personas entrevistadas no reportaron fallas respecto a la infraestructura. Durante la observación participante de la investigadora en las instalaciones del hospital de la mujer se observó que se encuentran en buen estado, ventiladas, iluminadas, y que cuentan con los servicios básicos para brindar el servicio.

Servicios básicos (agua potable y condiciones sanitarias)

Las entrevistadas mencionaron que hay unidades nuevas y con instalaciones completas, ventiladas, iluminadas y que cuentan con los servicios pertinentes.

La unidad médica en la que se realizó la observación participante cuenta con agua, luz, drenaje, baños y los consultorios se encontraron en buen estado. Sin embargo, se reconoce que dicha situación pudiera ser distinta al resto de unidades que se encuentran en otras localidades del estado en las cuales no se realizó observación.

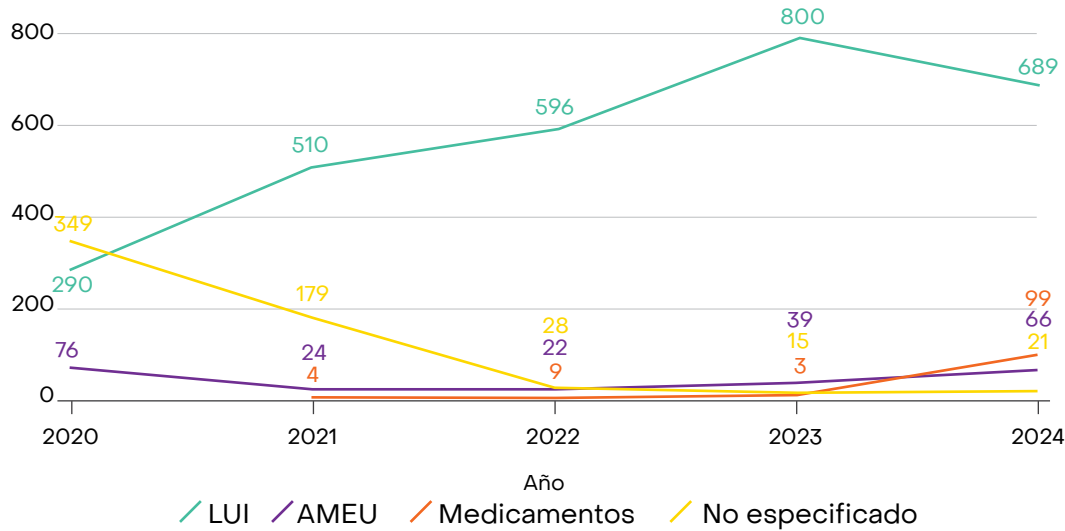
Personal capacitado y capacitaciones recibidas

El personal de salud comenta que el personal médico de los SAS tienen múltiples capacitaciones, desde conocimiento básico (procedimiento con medicamentos farmacológicos) como avanzado (realización AMEU o AFI). Sin embargo, se señala que no es obligatorio tomarlas, lo que puede llevar a la negligencia y desinformación del personal médico. La persona acompañante comenta que son las colectivas en conjunto con los SAS quienes realizan capacitaciones, *“aunque actualmente ya no se brindan tantas, pero seguimos impartiendo talleres, capacitaciones y actualizaciones”*.

Tipos de procedimiento de aborto

Entre 2020 y 2025 se observa una variación en la distribución de los procedimientos utilizados para la atención del aborto en Nayarit. El Legrado Uterino Instrumental (LUI), pese a que no está recomendado por la OMS, fue el procedimiento más frecuente en todos los años analizados, con valores que van de 290 casos en 2020 a un máximo de 800 en 2023. En 2025, con datos parciales, se registran 385 casos. La AMEU muestra cifras menores pero estables, con un rango de 22 a 76 procedimientos anuales, sin una tendencia definida. El uso de medicamentos aparece registrado a partir de 2021 y aumenta gradualmente hasta alcanzar 115 casos en 2025, lo que representa el valor más alto del periodo. Los casos no especificados presentan una disminución sostenida, pasando de 349 en 2020 a 6 en 2025, lo que sugiere una mayor precisión en el registro del tipo de procedimiento con el paso del tiempo. Sobre los procedimientos el personal de salud comenta que, en caso de que *“los medicamentos, AMEU, LUI no funcionen, la dilatación y evacuación son la última opción”* que se le brinda a las personas usuarias.

Tipos de procedimientos de aborto en Nayarit de 2020-2024



Fuente: Elaboración propia con datos de los cubos de Egresos y Servicios de Cubos Dinámicos, Dirección General de Información en Salud (DGIS). Recupera todos los abortos atendidos en Nayarit 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 personas del sector salud comentan que “el personal del programa de SAS se apega al cien por ciento en el lineamiento técnico”. Por otra parte, la persona acompañante comenta que se necesita reforzar la atención sobre el lineamiento técnico, puesto que el procedimiento autogestionado por las personas usuarias aún conlleva mucho estigma.

Atención en tiempos oportunos

El personal de salud comenta que el tiempo promedio desde la atención hasta iniciar con el tratamiento es de una semana, esto depende de las semanas de gestación de la persona solicitante del servicio, la disponibilidad de las personas usuarias, de la agenda del hospital y de varias citas que se le solicitan a las usuarias. Las tres personas entrevistadas también refieren saturación del servicio, sin embargo, se priorizan los casos muy avanzados. Cuando son casos de pocas semanas, el personal médico les explica a las personas usuarias que es recomendable esperar a las seis semanas para que el proceso sea

efectivo, situación que no se contempla en el Lineamiento Técnico. La persona acompañante comenta *“recibimos a muchas personas usuarias que anteriormente asistieron al hospital para realizarse el procedimiento pero desistieron por los tiempos prolongados de atención, ya que prefieren una atención más inmediata”*.

Integración de SAS con otros servicios

Las personas entrevistadas del personal de salud comentan que *“el programa se brinda con base a una atención integral y esto les pide al personal médico que tengan vinculación con todos los programas que sean necesarios de acuerdo con las necesidades de la persona usuaria, como lo son planificación familiar, prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), acompañamiento psicológico, trabajo social, violencia de género”*. La persona acompañante menciona que *“dentro de las colectivas raramente sucede esto porque la mayoría de los acompañamientos son virtuales, solamente cuando son acompañamientos presenciales sí se les otorga la información sobre acompañamiento psicológico y violencia de género”*.



Foto: Archivo ILSB



¿Qué concluimos con esta investigación?

En materia de **disponibilidad**, concluimos que aunque existen nueve unidades públicas que ofrecen SAS dentro de ocho municipios de veinte, la cobertura continúa siendo limitada territorialmente en el interior del estado por la falta de unidades médicas que brinden el servicio en distintos municipios, sobre todo en zonas rurales. La falta de abastecimiento de insumos como equipos de ultrasonidos o impresiones de los mismos y medicamentos reflejan la necesidad de fortalecer la planeación y cadena de suministro para que no se generen retrasos en la atención médica o para las personas usuarias.

En cuanto a **accesibilidad**, los datos muestran un incremento sostenido de los casos atendidos, particularmente después de la despenalización. No obstante, persisten barreras geográficas, lingüísticas, así como la falta de campañas de difusión amplias y persistentes en el tiempo para que no se limite el acceso efectivo a las personas usuarias. En cuanto a la accesibilidad económica, si bien la gratuidad está garantizada en la mayoría de las unidades, aún existen costos indirectos asociados al transporte para llegar a las unidades de salud en las que se brinda el servicio o la compra de medicamentos, generando desigualdad en el acceso sobre todo para las personas usuarias más precarizadas. Respecto a brindar servicios libre de discriminación, si bien las tres personas entrevistadas no consideran que se discrimina a las personas usuarias solicitantes del servicio, tampoco se identifican diseño de medidas para aumentar el acceso a los SAS a poblaciones en situaciones históricas de desigualdad estructural, por ejemplo: personas indígenas o con discapacidad. Sobre la señalización del servicio, si bien la práctica institucional de ausencia de señalización del consultorio de aborto se argumenta para proteger la confidencialidad de las personas usuarias, genera dificultad en la accesibilidad del servicio. Se reconoce la importancia de que haya unidades con horario de atención ampliado que abarca turno matutino y vespertino, sin embargo, los

requisitos solicitados para acceder al servicio son bastantes, algunos de ellos no son requeridos por ley y la condicional el servicio a su satisfacción desincentiva el servicio, lo que para poblaciones como las que se encuentran en movilidad humana puede representar un mayor impacto o afectación.

Respecto a la **aceptabilidad**, el personal de salud expresa compromiso ético y sensibilidad en la atención, traducida en proveer los servicios con pertinencia cultural y de género. La objeción de conciencia del personal de salud para realizar una interrupción de embarazo aún representa un obstáculo, por lo que es necesaria su regulación, así como la supervisión adecuada de su puesta en marcha, de modo que su ejercicio no implique la denegación del derecho a la salud. Asimismo persisten retos en la atención a personas migrantes, indígenas y adolescentes; en esta última población se observan esfuerzos significativos para aplicar protocolos de detección de violencia y vinculación con otras instituciones públicas pero con limitaciones en las rutas de seguimiento interinstitucional.

En el componente de **calidad**, las unidades de salud en entornos urbanos se encuentran en condiciones favorables para los procedimientos básicos, el personal de salud está capacitado y aplica del lineamiento técnico, no obstante, al no ser obligatorias las capacitaciones, se pueden generar brechas en la calidad de la atención para las personas usuarias. Respecto a los tipos de procedimientos, si bien se observa un incremento progresivo en el uso de métodos farmacológicos recomendados por la OMS, la persistencia del LUI como el método más usado contraviene las disposiciones de ese organismo. Se destaca que persisten desafíos en los tiempos de espera ya que en promedio son de hasta una semana y esto genera que algunas personas usuarias desistan de la atención en el sector salud y autogestionen su aborto con colectivas acompañantes.



Foto: Archivo ILSB



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 Nayarit, 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 Nayarit 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 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, psico-social, 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, especialmente en estados con alta población indígena, así como en LSM.
- Asegurar atención médica en tiempos oportunos, priorizando casos con edades gestacionales avanzadas, menores de edad, personas migrantes y usuarias provenientes de otras localidades.
- Atender como urgencia médica a personas víctimas de violencia sexual, garantizando acceso a la IVE, profilaxis para la prevención del VIH e ITS y vinculación con instituciones de justicia según la NOM-046-SSA2-2005 y la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
- Garantizar la IVE y la atención del aborto por causales, con énfasis en personas usuarias con embarazos mayores a doce semanas de gestación.
- Desarrollar rutas oficiales y claras de referencia y contrarreferencia para la canalización entre las distintas unidades médicas.

- Ampliar los horarios de atención, incluyendo turnos vespertinos y fines de semana en unidades médicas estratégicas en distintos territorios.
- Eliminar la solicitud de requisitos no obligatorios, como identificación oficial o comprobante de domicilio, para evitar barreras administrativas, especialmente para personas migrantes.
- Implementar mecanismos de denuncia y seguimiento frente a la negación de servicio a personas usuarias.
- Realizar campañas de sensibilización comunitaria y establecer mecanismos de protección ante grupos antiderechos que hostigan a personas usuarias y personal de salud fuera de las unidades médicas.

Aceptabilidad

- Realizar acciones de capacitación y sensibilización en temas de aborto a todo el personal de las unidades de salud, incorporando perspectiva de derechos humanos, interculturalidad, interseccionalidad, género y juventudes, con información científica, laica y libre de estigmas.
- Garantizar que la objeción de conciencia no sea un obstáculo para brindar atención, asegurando la presencia de personal médico no objetor de conciencia en las unidades de salud.
- Asegurar que en la atención postaborto se ofrezcan métodos anticonceptivos e información sobre ellos, respetando la elección voluntaria y sin coerción, salvaguardando la autonomía sexual y reproductiva de las personas usuarias.
- Garantizar el acceso autónomo de adolescentes a partir de los doce años, eliminando la exigencia de acompañamiento de una persona adulta cuando no es legalmente requerido, y asegurando confidencialidad en su atención.
- Fortalecer la activación efectiva y uniforme de rutas interinstitucionales, como la Ruta NAME y los protocolos de atención a violencia sexual en menores de edad, asegurando articulación con procuradurías de protección de niñas, niños y adolescentes y con servicios psicosociales.

- Establecer lineamientos institucionales claros para garantizar que hombres trans, personas no binarias con capacidad de gestar, personas migrantes o que viven con VIH reciban atención sin discriminación.

Calidad

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

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



Referencias

1. Gaspar Santana AC, Brennan P, Rodríguez Cortés AL, Esquivel Vilchis D, García Hess A, Salgado González R, et al. *De la despenalización al acceso: Contraloría social para el diagnóstico del aborto legal en ocho estados de México*. Ciudad de México. Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir. 2025. Disponible en: <https://ilsb.org.mx/wp-content/uploads/2025/09/investigacion-aborto.pdf>
2. UN Economic and Social Council. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. [Internet]. Ginebra. 2000. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/leg/comment/cescr/2000/es/36991>
3. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Sexual y Reproductiva. Dirección de Violencia Intrafamiliar. Lineamiento técnico para la atención del Aborto Seguro en México. [Internet]. México. 2022. [Fecha de consulta 29 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-FINAL_Interactivo_22NOV_22-Lineamiento_te_cnico_aborto.pdf
4. World Health Organization (WHO). 18. Pregnancy, childbirth or the puerperium. Abortive outcome of pregnancy. JA00.1 Induced abortion. En ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. [Internet]. Geneva. 2019. [Fecha de consulta 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1517114528>

5. Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR). [Internet]. Ciudad de México. 2022. [Fecha de consulta 25 noviembre de 2025]. Disponible en: <https://sidof.segob.gob.mx/notas/docFuente/5663064>
6. Gobierno de México. Instituto Mexicano del Seguro Social. [Internet]. México. 2025. [Fecha de consulta 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/mision>
7. Diario Oficial de la Federación. Ley del Seguro social. [Internet]. Ciudad de México. 2024. [Fecha de consulta 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>
8. Secretaría de Gobernación. Guía para la Implementación de la Ruta para la Atención y Protección Integral de Niñas y Adolescentes Madres y/o Embarazadas Menores de 15 años. [Internet]. Ciudad de México 2020. [Fecha de consulta 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/678903/Gu_a_para_la_implementaci_n_Ruta_NAME_EditadaVF2021.pdf
9. Decreto que reforma, adiciona y deroga diversos artículos del código penal para el Estado de Nayarit, en materia de interrupción del embarazo. Periódico Oficial del Estado de Nayarit, número 016 (27 de enero de 2025). [Internet]. México. 2025. [Fecha de consulta 11 de noviembre de 2025]. Disponible en: [https://periodicooficial.nayarit.gob.mx/descargar_pdf.php?archivo=270125%20\(06\).pdf](https://periodicooficial.nayarit.gob.mx/descargar_pdf.php?archivo=270125%20(06).pdf)
10. Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica. Razón de médicos en instituciones públicas de salud en contacto con el paciente 2023. [Internet]. Ciudad de México. 2023. [Fecha de consulta 24 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.snieg.mx/cni/escenario.aspx?idOrden=1.1&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>



FB: @ILSB.AC

X: @ilsb_ac

IG: @ilsb.ac

www.ilsb.org.mx

IG: @redefine.mx

TikTok: @redefine.mx