

ABORTO

De la despenalización
al acceso



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

Hallazgos estatales:
Quintana Roo

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

Coordinación de la investigación
Ana Cristina Gaspar Santana

Equipo redactor
Farid Alejandro Aguilar Tun / Investigador REDefine Quintana Roo
Pascale Brennan / Oficial de Incidencia REDefine
Ana Cristina Gaspar Santana / Coordinadora Nacional REDefine
Ana Laura Rodríguez Cortés / Oficial de Formación REDefine
Diego Esquivel Vilchis / Oficial de Incidencia REDefine

Organización
Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (ILSB)
Silvia Soler Casellas / Directora interina ILSB
Margarita Castilla / Gerente de desarrollo estratégico
Tajín 481, Vértiz Narvarte, Benito Juárez, Ciudad de México.
www.ilsb.org.mx

Diseño editorial: Rogelio Vázquez

Primera edición digital: Ciudad de México, México, 2026
Agradecemos a todas las personas, instituciones, colectivas y organizaciones que contribuyeron a esta investigación, en especial a:

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Sexual y Reproductiva
May Wejebe Shanahan / Directora de Violencia Sexual, Reproductiva y de Género
Adriana Pérez Arias / Jefa de Departamento de Acceso a Servicios de Aborto Seguro.
Monserrat Hernández Ramírez / Trabajadora Social del equipo técnico de Aborto Seguro

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

Organización que apoyó en la investigación
Derechos Autonomías y Sexualidades (DAS Cancún)

© 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 Quintana Roo	14
Disponibilidad	14
Accesibilidad	15
Aceptabilidad	22
Calidad	23
¿Qué concluimos con esta investigación?	28
Recomendaciones	31
Referencias	35

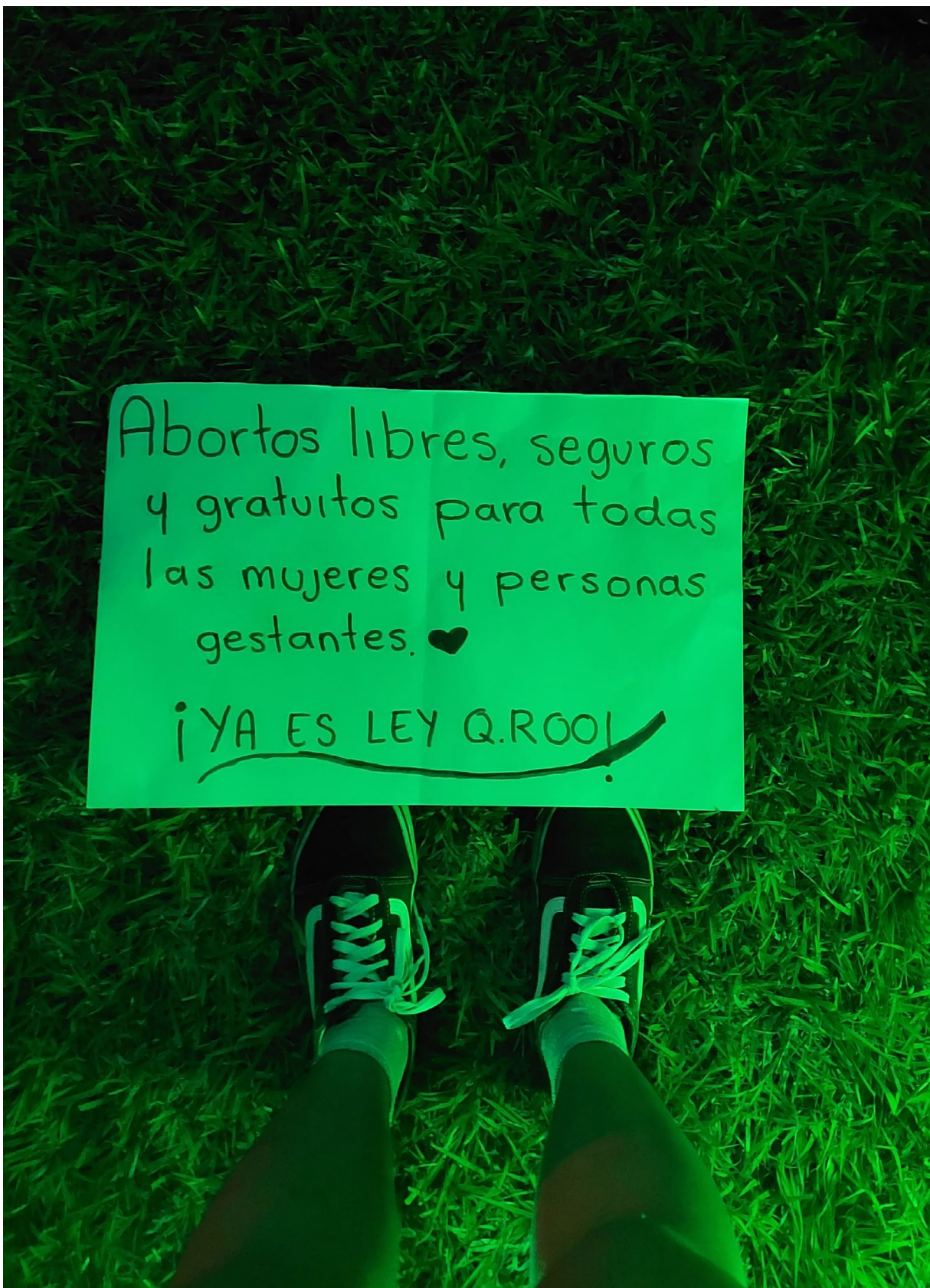
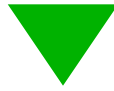


Foto: Karla Aguilar y Linda Amador



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 Quintana Roo, que desde el 2022 despenalizó el aborto.

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

Hallazgos Quintana Roo



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



Glosario

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

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

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

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

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

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

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

Lineamiento Técnico de Aborto Seguro: “Establece los criterios básicos de atención en las unidades de salud para que las mujeres y personas con capacidad de gestar, incluyendo niñas y adolescentes, que requieran servicios de aborto seguro dentro del territorio nacional, tengan acceso a una atención oportuna, resolutive e integral, basada en las directrices y recomendaciones internacionales con la mejor evidencia científica disponible, con perspectiva de género y de derechos humanos” (3, p.10).

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

Servicio de Aborto Seguro (SAS): Aquellos espacios que se implementan como parte del Objetivo prioritario 5 del Componente de Aborto Seguro, del Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva (3, p.4).





Antecedentes

Gracias a la lucha de diversas organizaciones y colectivas, el 28 de octubre de 2022 se publicó en el Periódico Oficial del Estado de Quintana Roo⁹ la reforma que despenalizó el aborto hasta las doce semanas de gestación. El decreto reformó los artículos 92, 93, 94, 95 y 97 del Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Quintana Roo. Con ello, se estableció que la interrupción del embarazo no será sancionada penalmente cuando se realice dentro de las primeras doce semanas de gestación.

Al mismo tiempo, la reforma estableció que el aborto no es un delito en cuatro supuestos: cuando sea resultado de una conducta culposa de la mujer o persona gestante; cuando el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial no consentida; cuando a juicio de un médico o una médica exista razón suficiente para suponer que el producto padece alteraciones genéticas o congénitas, que den por resultado el nacimiento de un ser con trastornos físicos o mentales graves, o cuando a juicio del médico o la médica que la asista, de no interrumpirse el embarazo, la mujer o persona gestante, se encuentre en peligro de muerte o en riesgo de una afectación a su salud.

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 Quintana Roo cuenta con once municipios, esto lo convierte en la cuarta entidad federativa con menor número de municipios. De acuerdo con el Catálogo Nacional de Indicadores del Sistema Nacional de Estadística y Geográfica (SNIEG)¹⁰, Quintana Roo es la entidad federativa con menos personal médico por cada mil habitantes. Para 2023, último año de actualización, se tasó en 1.36 el índice, lo que contrasta con la meta planteada por la Organización Panamericana de Salud (OPS)¹¹ de 4.5 médicos en la región por cada mil.

ABORTO. De la despenalización al acceso

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: Red Feminista Quintanarroense



¿Qué encontramos? Hallazgos estatales Quintana Roo

Disponibilidad

Centros de salud que brindan el servicio de aborto por institución en Quintana Roo

Acorde al Directorio de Servicios de Aborto Seguro¹² y a la acompañante entrevistada, existen 3 hospitales que brindan el servicio en el estado de Quintana Roo. Mientras que personal administrativo reporta diez hospitales habilitados (Hospital General de Chetumal, el Hospital Materno Infantil, el Hospital de Playa del Carmen, el Hospital de Benito Juárez, el Hospital de Cozumel, Isla Mujeres, Felipe Carrillo Puerto, Bacalar, Lázaro Cárdenas y Tulum).

Instituciones públicas que ofrecen el servicio de aborto

Las personas entrevistadas coinciden en que en Quintana Roo solo el IMSS BIENESTAR e ISSSTE brindan el servicio. El personal de salud señaló que, aunque en teoría existen más unidades habilitadas y que supuestamente brindan el servicio, muchas no cuentan con personal capacitado o dispuesto a realizar las interrupciones. Esto genera sobrecarga en algunos hospitales y demoras en la atención. Además, se mencionó que el IMSS ordinario debería ofrecer el servicio, pero en la práctica no lo hace.

Centros de salud suficientes

En el estado de Quintana Roo sólo los hospitales de segundo nivel brindan los SAS de manera integral, por lo que se requiere ampliar la red de hospitales y unidades de primer nivel que ofrezcan SAS en los once municipios del estado, para evitar la sobrecarga en unas pocas unidades. Además, el personal de salud entrevistado comenta que *“aunque estamos en la mayoría de los municipios, el detalle es que muchas veces estos hospitales no lo realizan, entonces se carga solamente en uno”*.

Personal suficiente

El personal de salud considera que no hay suficiente personal ya que el aborto es uno más de los servicios hospitalarios y no todo el personal se ha declarado como “no objetor de conciencia”. Si bien la lógica tendría que ser al revés, asumir que el personal de salud puede ofrecer este servicio a menos que declare objeción de conciencia, esto se identificó como una barrera en la disponibilidad del personal.

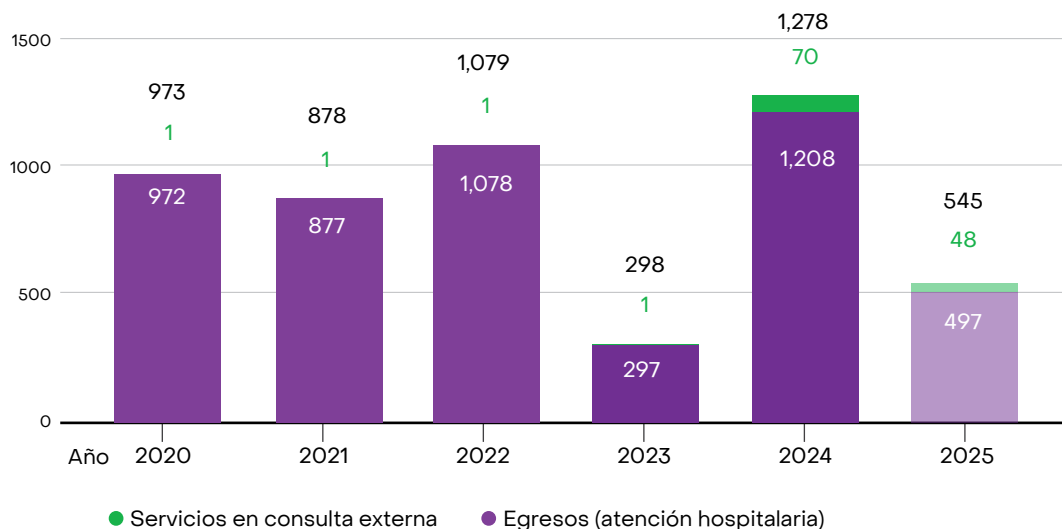
Insumos y medicamentos suficientes

El personal de salud refiere desabasto sobre todo mifepristona como el resultado de la transición centralizada a IMSS-BIENESTAR, mencionan que ahora tienen menos posibilidad de gestionar porque se los mandan de manera federalizada. La acompañante señala que, aunque las recetas se emiten correctamente con el esquema combinado de mifepristona y misoprostol, en la práctica las personas usuarias reciben una dosis incompleta por la falta de disponibilidad de mifepristona. Esta situación compromete la eficacia del procedimiento y limita el acceso a un servicio integral y seguro. Además, el personal de salud reporta también la falta de algunos insumos como equipos de ultrasonido.

Accesibilidad

Antes de la despenalización, entre 2020 y 2021, los abortos se atendían casi exclusivamente en hospitales (entre 870 y 970 egresos anuales) y prácticamente no existían servicios ambulatorios. En el 2022, año de la despenalización se registra un ligero aumento en los egresos hospitalarios (1,078), pero sin ampliación de la atención ambulatoria. En el 2023 a pesar de la despenalización, los egresos disminuyeron abruptamente a 297, esta caída podría reflejar la transición al IMSS-BIENESTAR, procesos de ajuste institucional, o cambios en el registro de datos. En 2024 se observa un incremento tanto en los egresos hospitalarios (1,208) como en los servicios ambulatorios (70). En 2025 si bien los registros son parciales de enero a mayo, se muestra que la atención se mantiene activa con 545 abortos en cinco meses.

Abortos atendidos en Quintana Roo

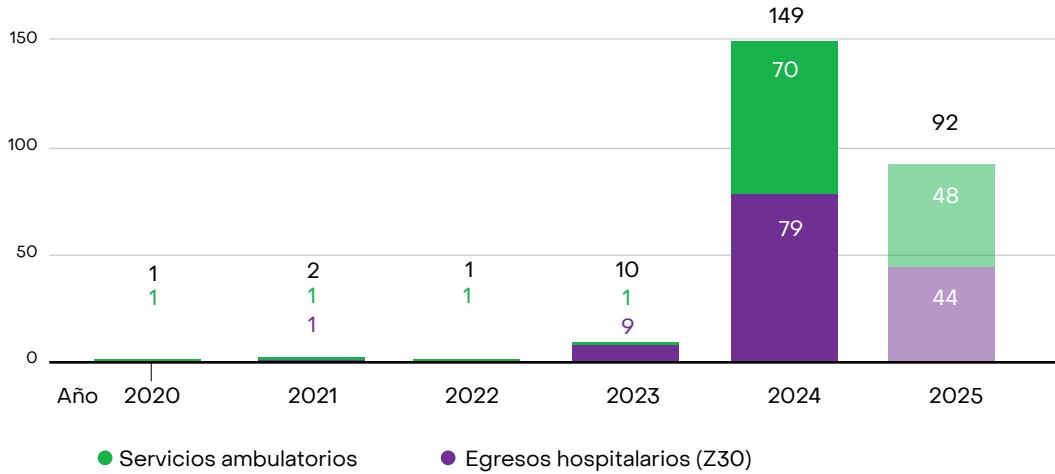


Fuente: Elaboración propia con datos de los cubos de egresos y servicios de cubos dinámicos, de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Recupera todos los abortos atendidos en Quintana Roo por el sector salud, incluyendo los códigos CIE O03, O04, O05, O06, O08 y Z30.03. Consultado en junio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

Entre 2020 y 2022, la atención al aborto inducido en Quintana Roo fue prácticamente inexistente. Durante este periodo, los registros oficiales muestran una o ninguna atención anual. A partir de 2023, se observa un cambio con un aumento a nueve egresos hospitalarios y un servicio ambulatorio, el incremento más notable ocurre en 2024, cuando los egresos hospitalarios ascienden a 79 y los servicios ambulatorios a 70. En los primeros meses de 2025, los registros preliminares reportan 44 egresos hospitalarios y 48 servicios ambulatorios, lo que indica una continuidad en la prestación de servicios.

Servicios de aborto inducidos en Quintana Roo

Año de despenalización: 2022

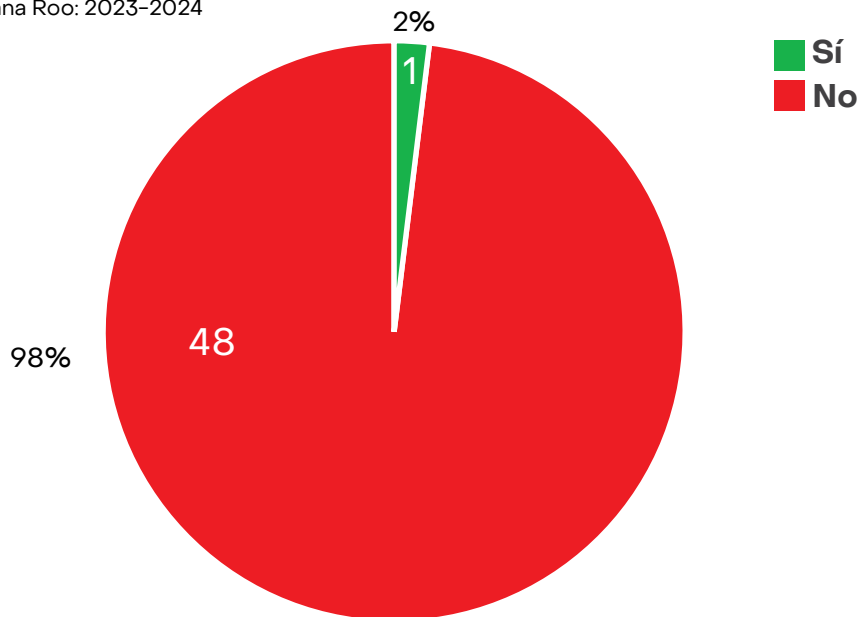


Fuente: Elaboración propia con datos de egresos (CIE Z30.3) y servicios de cubos dinámicos, de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Recupera los abortos atendidos en Quintana Roo por el sector salud. Consultado en junio de 2025, los datos de este año son preliminares y consideran únicamente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

Entre 2023 y 2024 en Quintana Roo se registraron 49 embarazos producto de violencia sexual atendidos en unidades médicas del sector salud. De estos casos, solo uno derivó en una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), mientras que 48 no accedieron al procedimiento, lo que equivale a apenas al 2% de los casos.

Embarazos producto de violaciones que recibieron o no IVE

Quintana Roo: 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

En Quintana Roo, aunque exista conocimiento de los hospitales que brindan los SAS, los cuales no deben tener costo alguno, para personas usuarias foráneas es necesario viajar hasta el hospital más cercano y estar sujetas a disponibilidad de atención. Por lo que la accesibilidad depende de la ubicación geográfica y la existencia de los insumos necesarios. Por otro lado, el personal de salud destacó un incremento en la demanda de ILE desde su legalización, lo que ha reducido la atención de abortos incompletos asociados a procedimientos inseguros: *“Antes, las usuarias llegaban al hospital con complicaciones por abortos inseguros y actualmente acuden directamente a solicitar la interrupción legal.”*

Horarios accesibles

En algunos hospitales se maneja un turno matutino y uno vespertino de lunes a viernes, los fines de semana son guardias y cuando llegan en sábado o domingo muchas veces hacen regresar a las usuarias entre semana.

Requisitos para ILE e IVE

Acorde a las personas entrevistadas los requisitos para acceder a la ILE en Quintana Roo son solicitarlo antes de las doce semanas y con alguna identificación oficial (INE, CURP o acta de nacimiento), la acompañante añadió que además se solicita también comprobante de domicilio. El personal de salud señaló que las personas mayores de catorce años pueden acudir solas, mientras que las de doce a catorce años deben ir acompañadas de una persona tutora, lo que refleja diferencias en la aplicación del principio de autonomía progresiva. En casos de IVE, las entrevistadas mencionan que basta una carta firmada por la usuaria bajo protesta de decir verdad, conforme a la NOM-046. Aunque los requisitos formales son simples, su interpretación variable puede generar demoras o incertidumbre en la atención.

Semanas de gestación hasta que se brinda el servicio

Aunque la ILE se brinda hasta las doce semanas de gestación, existen distintas interpretaciones respecto a la temporalidad de las semanas por parte del personal de salud, quienes en ocasiones no consideran la semana doce completa (doce semanas y seis días). Para el caso de Interrupción Voluntaria del Embarazo (aborto por violación), no hay límite gestacional.

Negación servicio

Las entrevistadas mencionaron que los casos recurrentes de negación de servicio son porque no se brinda el servicio en la localidad o por una mala interpretación del límite de semanas de gestación, la acompañante menciona *“llegan con doce semanas y tres días y a juicio de la la persona que está atendiendo es hasta la doceava pero no la incluyen”*. Sin embargo, algo importante es que desde la despenalización se observa una apertura progresiva y una mayor disposición a brindar el servicio. Como señaló el personal de salud: *“La verdad es que el tema aborto seguro es un tema de resistencia del personal operativo [...] Sin embargo, a raíz de la despenalización sí vimos mayor fluidez del personal operativo a no negarse a hacer el servicio.”*

Rutas de referencia entre clínicas e instituciones

Aunque existen rutas institucionales entre hospitales, coordinadas principalmente a través de comunicación entre directivos o personal operativo, en la práctica estas rutas presentan limitaciones. La acompañante señaló que la falta de capacitación del personal para canalizar correctamente a las usuarias

provoca demoras que pueden disuadirlas de continuar con el proceso en el sistema público. El personal de salud confirmó que las rutas se mantienen solo entre hospitales, sin coordinación con refugios por ejemplo, centros de justicia u otras instancias externas.

Accesibilidad física

Las entrevistadas coinciden que existen rampas y barandales de apoyo para la accesibilidad física, mismo que se constató durante la observación participante, lo cual muestra una buena accesibilidad física para personas usuarias de sillas de ruedas. Sin embargo, la acompañante agrega que hay pocos elementos de accesibilidad para otros tipos de discapacidades.

Accesibilidad económica

En principio, el servicio de aborto debería ser gratuito, el personal de salud denuncia que no se realizan cobros por atención o medicamentos. Sin embargo, también señaló que persisten limitaciones vinculadas a la afiliación: si una usuaria es derechohabiente de otra institución, puede ser enviada a su unidad que no necesariamente ofrece el servicio. Además, reconocen que los traslados desde municipios alejados por falta de cobertura territorial representan un costo adicional que puede dificultar el acceso efectivo.

Servicios sin discriminación

Si bien el personal de salud denuncia que no hay discriminación en los servicios, el que los SAS en el estado sean brindados únicamente en español, no haya traductores maya-hablantes, y que se contemple a las mujeres desde una mirada binaria heteronormada, constituyen formas de discriminación.

Accesibilidad en lenguas indígenas

Tanto la acompañante como el personal de salud señalaron no tener materiales en lenguas indígenas, ni traductores maya-hablantes a pesar de que el estado posee un 11.7% de población hablante de lengua indígena¹³. El personal de salud señaló que, aunque la mayoría de las pacientes hablantes de lenguas indígenas también se comunican en español, esto no garantiza una atención plenamente accesible.

Accesibilidad en Lengua de Señas Mexicana y braille

Las personas entrevistadas coinciden en que no se cuenta con información sobre los servicios en Lengua de Señas Mexicana ni en braille.

Accesibilidad para personas migrantes

La acompañante menciona que algunos requisitos administrativos pueden frenar la accesibilidad a las personas migrantes a este servicio, por ejemplo si se les pide un comprobante de domicilio o copias de identificación. Por otra parte, las personas entrevistadas del sector salud comentan que sí se ha brindado atención a personas extranjeras.

Estrategias de difusión

Las entrevistadas coinciden en que sí se han hecho estrategias de difusión con materiales digitales e impresos. Sin embargo, el personal de salud reconoce que la difusión es limitada y depende en gran medida de los recursos disponibles, durante los últimos años, las acciones de comunicación se han visto afectadas por la falta de presupuesto y por la transición institucional a IMSS-BIENESTAR, a lo que el CNEGSSR ha respondido apoyando desde lo federal para la difusión. Esta falta de difusión se refleja en el desconocimiento sobre los servicios de aborto seguro, pues muchas personas no saben dónde o cómo acceder a ellos. El personal de salud destacó que esta falta de información comienza en el primer nivel de atención, donde no se brinda la orientación necesaria sobre planificación y opciones de interrupción. Aunque la página oficial de Aborto Seguro Quintana Roo ofrece datos sobre los lugares donde se brinda el servicio, su alcance es todavía limitado y no sustituye la necesidad de una estrategia de difusión sostenida desde el sistema de salud.

Obstáculos normativos

La acompañante y el personal de salud coinciden en que la transición entre la Secretaría de Salud estatal y el IMSS-BIENESTAR ha generado incertidumbre administrativa que afecta directamente la prestación de los servicios de aborto seguro. Esta falta de claridad sobre responsabilidades, particularmente en la compra y distribución de medicamentos, ha limitado la capacidad de respuesta de los hospitales. Además, acorde a la acompañante, persisten vacíos en la comunicación institucional que provocan confusiones entre el personal de salud respecto al marco legal y a la temporalidad del servicio, lo que puede derivar en negaciones injustificadas o demoras en la atención.

Aceptabilidad

Ética médica y Objeción de conciencia

La acompañante menciona que durante los acompañamientos se han encontrado con hospitales sin personal no objetor de conciencia, así como presencia de objeción de conciencia institucionalizada, pese a que esta no es legal. El personal del sector salud menciona que cuando se presentan estas situaciones se busca canalizar a alguna instancia que pueda brindar el servicio, pero la acompañante reporta casos en los cuales la usuaria prefiere acudir a colectivas que realizan acompañamientos de aborto seguro en lugar de regresar o insistir con el sistema público de salud.

Pertinencia cultural

Las personas entrevistadas coinciden en que aunque se procura dar el servicio a usuarias indígenas, no existe personal operativo maya-hablante o traductores. Asimismo, el personal de salud mencionó que en algunas comunidades menonitas cercanas a Bacalar se han presentado barreras de comunicación, ya que algunas personas solo hablan variantes del alemán que se usa dentro de esas comunidades.

Perspectiva de Género y de diversidad sexogenérica

El personal de salud menciona que los SAS son sensibles al género y mencionan que no tienen evidencias de lo contrario, sin embargo, la acompañante menciona que se prestan desde una lógica binaria y heteronormada, lo cual evidencia la necesidad de sensibilización para quienes prestan los SAS ya que existen personas con capacidad de gestar con diversas identidades y orientaciones.

Perspectiva de juventudes

A pesar de que el servicio se brinda a adolescentes y el personal de salud menciona contar con rutas para su acceso, acorde al testimonio de la acompañante, persisten actitudes discriminatorias hacia las usuarias jóvenes y una aplicación rígida de los requisitos legales, que en ocasiones retrasa o complica la atención a menores de edad. El personal de salud reconoce que, en la práctica, existen barreras derivadas del temor a atender sin el aval de un familiar, especialmente en menores de 15 años, lo que puede retrasar la atención o generar un trato diferenciado.

Identificación de violencia sexual en menores y vinculación con instituciones

El personal de salud cuenta con una herramienta de detección que es la que se está estableciendo dentro de la ruta NAME para aplicar a todas las menores de edad que lleguen embarazadas o no embarazadas dentro de la unidad para justo evaluar si es producto de una violación y aún así, si es menor de edad, automáticamente se establece un una notificación. También mencionan que a todas las usuarias independientemente de la edad pasan por psicología y se les aplica una herramienta para el diagnóstico de violencia, de salir afirmativo se canaliza a trabajo social.

Confidencialidad

El personal de salud menciona que se procura garantizar que la usuaria tenga un espacio privado para la atención. En contraste, la acompañante comenta que no cuentan todos los espacios con un lugar confidencial para brindar la atención o la consejería: *“están las mujeres en medio de todo”*. Durante la observación participante se pudo apreciar un hospital con espacios de atención individuales, sin embargo, se reconoce que no todos cuentan con infraestructura que permita garantizar la confidencialidad de las usuarias.

Consejería pre/post aborto

En los hospitales que brindan los SAS procuran desde el primer contacto explicar lo que conlleva el servicio, posteriormente el o la ginecóloga explica el procedimiento, en caso de realizarse el servicio posteriormente se cita a una consulta de seguimiento.

Calidad

Infraestructura en buen estado

Respecto a la infraestructura, el personal de salud menciona que es adecuada, aunque refiere que a veces no se cuentan con los espacios para todos los servicios como rayos X o ultrasonidos. La acompañante señala la necesidad de contar con espacios confidenciales. El hospital observado se encontraba en buen estado.

Servicios básicos

De acuerdo con las entrevistas y la observación participante, los SAS cuentan con los servicios básicos como agua y luz.

Personal capacitado y capacitaciones recibidas:

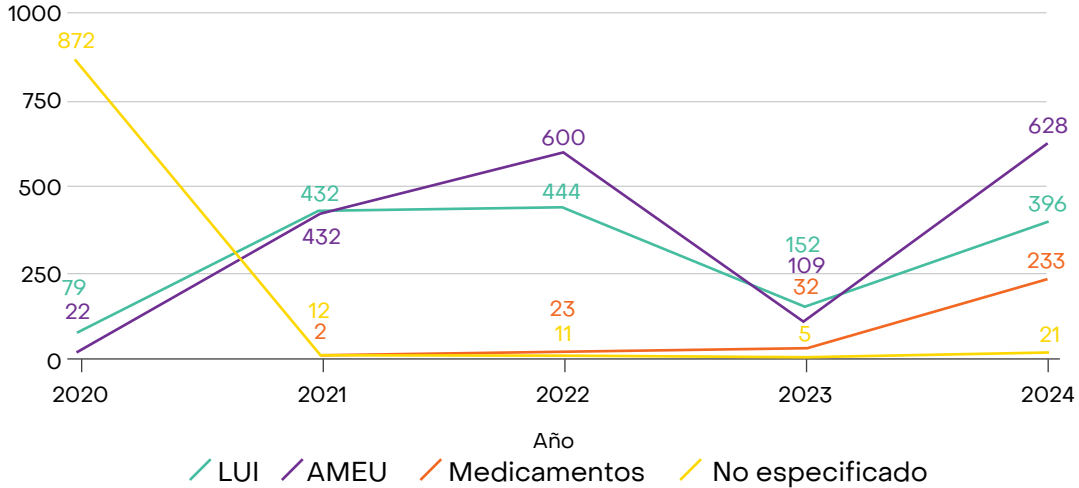
Aunque existe un esfuerzo sostenido de capacitación en aborto seguro, incluyendo colaboraciones entre la organización IPAS e IMSS-BIENESTAR, persisten brechas importantes. La rotación constante de personal y la falta de sensibilización general limitan la continuidad y efectividad de la formación, especialmente entre quienes recién se incorporan al servicio de acuerdo con el testimonio personal de salud.

Tipos de procedimiento de aborto

En 2020, se registraron 79 legrados (LUI) y 22 AMEU, además de un número muy alto de casos no especificados (872), lo que sugiere subregistro o falta de precisión en la clasificación clínica. Para 2021, se observa un incremento de 432 casos en el AMEU y apenas dos con medicamentos. Con la despenalización en 2022, se aprecia un cambio progresivo en las prácticas médicas. Ese año se reportan 444 LUI, 600 AMEU y 23 procedimientos con medicamentos. En 2023, con el descenso de los servicios se reporta el uso de métodos farmacológicos en 32 casos, mientras que el AMEU en 109 se mantiene por encima del LUI (152).

El año 2024 marca un nuevo incremento general, con 396 LUI, 628 AMEU y 233 procedimientos con medicamentos, reflejando una ampliación institucional de la oferta y una mayor incorporación del aborto con medicamentos como opción segura. Finalmente, en los primeros meses de 2025, se registran 123 LUI, 227 AMEU y 183 con medicamentos. La alta prevalencia del legrado resulta preocupante ya que este procedimiento es considerado obsoleto por parte de la Organización Mundial de la Salud y en el estado se está utilizando incluso en abortos de menos de doce semanas.

Tipos de procedimientos de aborto en Quintana Roo 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 Quintana Roo 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

El personal de salud menciona un alto apego al Lineamiento, mismo que les da claridad y orientación sobre cómo dar la atención. Sin embargo la acompañante señala que a veces hay elementos que no consideran. Aunque existen capacitaciones frecuentes sobre este, la alta rotación de personal y los cambios recientes en la legislación hacen necesario reforzar el conocimiento. Persisten dudas, sobre todo en el ámbito legal, que generan confusión en el personal médico y limitan la correcta aplicación de los lineamientos.

Atención en tiempos oportunos

Las personas entrevistadas coinciden en que la oportunidad de la atención se ve afectada por diversos factores: objeción de conciencia, ubicación de hospitales, sobrecarga de servicios por atender y falta de insumos. De acuerdo con la acompañante, estas barreras provocan que algunas mujeres desistan tras varios intentos sin lograr acceder al servicio.

Integración de SAS con otros servicios:

El personal de salud menciona que se busca brindar una atención integral de acuerdo con las necesidades de la usuaria y en función a la comunicación entre hospitales. Sin embargo, la acompañante menciona que no se suele tener integración a otros servicios ya que existe una alta demanda y sobrecarga para el personal.



Foto: Karla Aguilar y Linda Amador



¿Qué concluimos con esta investigación?

En Quintana Roo, los Servicios de Aborto Seguro (SAS) presentan avances en su implementación institucional, aunque persisten limitaciones que restringen el acceso efectivo y equitativo al servicio. El análisis bajo los criterios DAAC permite identificar áreas importantes que requieren fortalecimiento para garantizar el ejercicio pleno del derecho a decidir.

Disponibilidad

La red estatal de atención es limitada y concentrada en hospitales de segundo nivel, lo que provoca sobrecarga en algunas unidades y deja sin cobertura a amplias zonas del estado, cuando acorde al Lineamiento Técnico la atención se podría estar brindando desde el primer nivel de atención. Si bien, el personal de salud reporta hasta diez hospitales habilitados, en la práctica sólo una fracción brinda el servicio de manera regular. A esto se suma la falta de personal no objetor, que restringe la atención en determinados turnos o unidades. El desabasto intermitente de mifepristona, asociado a la transición al IMSS-BIENESTAR, compromete la aplicación del esquema combinado recomendado por la OMS, afectando la eficacia y seguridad del procedimiento. La falta de cobertura del IMSS ordinario genera importantes retos para el acceso de su población derechohabiente a este servicio.

Accesibilidad

Respecto a los datos de acceso, el efecto de la despenalización en Quintana Roo no se vio de inmediato, llama la atención la caída de servicios en el periodo de 2023, lo cual podría estar asociado a la transición del IMSS-BIENESTAR. Fue hasta el 2024 que se observa un repunte en la atención de estos servicios. Sin embargo, es preocupante el bajo porcentaje de IVEs (2%) que se realizaron

a personas con embarazos producto de violación. Aunque los SAS son gratuitos, su acceso está condicionado por factores geográficos, administrativos e institucionales. Las personas usuarias foráneas deben desplazarse a cabeceras municipales o esperar turnos limitados entre semana. No existen rutas formales de referencia entre unidades, lo que deja la canalización a criterio del personal. Persisten barreras lingüísticas para hablantes de lengua maya y falta de información accesible para personas con discapacidad o migrantes. La difusión institucional es escasa y recae principalmente en redes de acompañamiento y activistas, lo que genera una brecha informativa que puede desincentivar la demanda.

Aceptabilidad

Se documentó que la objeción de conciencia es una de las principales barreras en los servicios, incluso se refirió de forma institucionalizada, pese a su carácter no legal. El servicio se brinda en un marco que aún reproduce prácticas heteronormadas y binarias, sin reconocer plenamente la diversidad de personas con capacidad de gestar, la falta de formación en perspectiva de género y juventudes, especialmente en la atención a menores de edad. La ausencia de intérpretes o materiales en lengua maya limita la pertinencia cultural, mientras que en algunos hospitales no garantiza privacidad ni confidencialidad plenas. Aun así, se observan esfuerzos del personal por ofrecer atención ética así como consejería pre y post aborto, lo que refleja compromiso con una atención más humanizada.

Calidad

La infraestructura hospitalaria y los servicios básicos se encuentran en condiciones adecuadas, sin embargo, persiste el uso de procedimientos obsoletos como el legrado uterino instrumental (LUI), en contradicción con los lineamientos técnicos nacionales y las recomendaciones de la OMS. Aunque algunos hospitales han recibido capacitación en aborto seguro y buscan certificarse como Centros de Buenas Prácticas, la falta de integración con otros servicios de salud y la saturación de personal dificultan brindar una atención oportuna y continua.

En conjunto, los hallazgos muestran que el acceso a los SAS en Quintana Roo se encuentra en un proceso de consolidación, con avances institucionales importantes pero aún desiguales.



Foto: Archivo ILSB



Recomendaciones

Cambios necesarios en las leyes y normas

- Eliminar el aborto del Código Penal Federal y del Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Quintana Roo, conforme a los criterios establecidos por la SCJN, y regular su atención a través del sector salud.
- Armonizar la Ley de Salud de Quintana Roo en materia de objeción de conciencia con base en la resolución SCJN 54/2018, garantizando claridad normativa y asegurando la atención a todas las personas que soliciten un aborto.

Disponibilidad

- Asegurar que todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, con especial énfasis en el IMSS Ordinario, brinden atención de aborto, garantizando así el derecho a la salud de las personas usuarias.
- Ampliar la cobertura territorial de los servicios de aborto seguro, estableciendo al menos una unidad médica por municipio, para facilitar el acceso a personas usuarias en zonas rurales o periféricas.
- Garantizar cobertura en todos los niveles de atención, priorizando el primer nivel para reducir la concentración en hospitales de segundo y tercer nivel.
- Incrementar el número de profesionales de la salud capacitados en aborto seguro, asegurando continuidad en la atención.
- Mantener actualizado el directorio de Servicios de Aborto Seguro, incluyendo todas las unidades que presten el servicio efectivamente.
- Garantizar el presupuesto suficiente destinado a la atención en salud reproductiva y a los servicios de aborto seguro.

- Garantizar el abasto y la distribución oportuna de medicamentos e insumos necesarios para la interrupción del embarazo y la atención postaborto.
- Fortalecer la sistematización de registros de atención a personas usuarias para planear el abasto de insumos, monitorear tendencias, evaluar el acceso y garantizar la prestación efectiva del servicio.

Accesibilidad

- Ampliar la perspectiva de accesibilidad, incluyendo infraestructura y materiales adaptados para personas con discapacidad visual, auditiva e intelectual, además de la discapacidad motriz.
- Incrementar la difusión de los servicios de aborto seguro con formatos accesibles para la diversidad de usuarias, usando televisión, radio, sitios web, redes sociales, módulos de información, materiales impresos y en diversas lenguas.
- Garantizar intérpretes, materiales informativos y consejería en lenguas indígenas y en Lengua de Señas Mexicana, especialmente en estados con alta población indígena.
- Asegurar atención médica en tiempos oportunos, priorizando casos con edades gestacionales avanzadas, menores de edad, personas migrantes y usuarias provenientes de otras localidades.
- Atender como urgencia médica a personas víctimas de violencia sexual, garantizando acceso a la IVE, profilaxis para la prevención del VIH e ITS y vinculación con instituciones de justicia según la NOM-046-SSA2-2005.
- Garantizar la IVE y la atención del aborto por causales, con énfasis en personas usuarias con embarazos mayores a 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 legrado uterino instrumental (LUI) y priorizar el uso de medicamentos farmacológicos y aspiración endouterina (AMEU, AEEU), en concordancia con los estándares de la OMS.
- Reforzar la capacitación y actualización de todo el personal que labora en las unidades médicas, enfocándose en técnicas actualizadas aprobadas por la OMS.
- Contar con mecanismos de monitoreo y evaluación de los servicios por estado, para garantizar que se brinde atención de calidad a las personas usuarias.
- Asegurar infraestructura y mantenimiento adecuados en todas las unidades médicas, urbanas y rurales, garantizando condiciones dignas, funcionales y sanitarias en los espacios de atención.
- Involucrar a colectivas de acompañantes y organizaciones de la sociedad civil en la supervisión de la implementación del servicio.

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



Referencias

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

5. Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el BIENESTAR(IMSS-BIENESTAR). [Internet]. Ciudad de México 2022. [Fecha de consulta 25 noviembre de 2025]. Disponible en: <https://sidof.segob.gob.mx/notas/docFuente/5663064>
6. Gobierno de México. Instituto Mexicano del Seguro Social. [Internet]. México. 2025. [Fecha de consulta 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/mision>
7. Diario Oficial de la Federación. Ley del Seguro social. [Internet]. Ciudad de México. 2024. [Fecha de consulta 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>
8. Secretaría de Gobernación. Guía para la Implementación de la Ruta para la Atención y Protección Integral de Niñas y Adolescentes Madres y/o Embarazadas Menores de 15 años. [Internet]. Ciudad de México 2020. [Fecha de consulta 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/678903/Gu_a_para_la_implementaci_n_Ruta_NAME_EditadaVF2021.pdf
9. Congreso del Estado de Quintana Roo. *Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Quintana Roo* [Internet]. Reforma publicada 01 abril 2025. Disponible en: <https://documentos.congresoqroo.gob.mx/codigos/C6-XVIII-01042025-20250610T162947-C1820250401116-Codigo-penal-mod.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/es-cenario.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].

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>
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda 2020. [Internet] México: INEGI; 2020. Disponible en : <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>



FB: @ILSB.AC

X: @ilsb_ac

IG: @ilsb.ac

www.ilsb.org.mx

IG: @redefine.mx

TikTok: @redefine.mx