

ABORTO

**De la despenalización
al acceso**



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

Hallazgos estatales:
Puebla

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

Coordinación de la investigación
Ana Cristina Gaspar Santana

Equipo redactor
Diana Sarahy Guarneros / Investigadora REDefine Puebla
Pascale Brennan / Oficial de Incidencia REDefine
Ana Cristina Gaspar Santana / Coordinadora Nacional REDefine
Ana Laura Rodríguez Cortés / Oficial de Formación REDefine
Diego Esquivel Vilchis / Oficial de Incidencia REDefine

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

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

Diseño editorial: Rogelio Vázquez

Primera edición digital: Ciudad de México, México, 2026

Agradecemos a todas las personas, instituciones, colectivas y organizaciones que contribuyeron a esta investigación, en especial a:

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

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

Organización que apoyó en la investigación
Ddeser Puebla

© 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 Puebla	14
Disponibilidad	14
Accesibilidad	16
Aceptabilidad	23
Calidad	26
¿Qué concluimos con esta investigación?	31
Recomendaciones	35
Referencias	39



Foto: Amy Bello



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 Puebla, que desde julio del 2024 despenalizó el aborto.

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



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



Glosario

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Foto: Danny Chazari



Antecedentes

Gracias a la lucha de diversas organizaciones y colectivas, el 15 de agosto de 2024 se publicó en el Periódico Oficial del Estado de Puebla la reforma que despenalizó el aborto hasta las doce semanas de gestación⁹. El decreto reformó los artículos 339, 340, 341, 342, y 343 del Código Penal del Estado Libre y Soberano de Puebla. 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 causado solo por imprudencia de la mujer o persona gestante; cuando el embarazo sea el resultado de una violación o de una inseminación artificial no consentida; cuando de no provocarse el aborto, la mujer o persona gestante corra peligro de muerte, a juicio del personal médico que la asiste, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora; y cuando a juicio de un médico especialista exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales en el mismo, siempre que se determine mediante dictamen médico y se tenga el consentimiento de la mujer o persona gestante.

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 Puebla es la segunda entidad federativa con más municipios en el país, con 217. De acuerdo con el Catálogo Nacional de Indicadores del Sistema Nacional de Estadística y Geográfica (SNIEG)¹⁰, Puebla cuenta con 1.84 profesionales de la salud en la región por cada mil habitantes, lo que contrasta con la meta planteada por la Organización Panamericana de Salud (OPS) de 4.5.¹¹

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: Danny Chazari



¿Qué encontramos? Hallazgos estatales Puebla

Disponibilidad

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

En el directorio de SAS¹² se registran cinco hospitales de segundo y tercer nivel donde brindan los servicios. Sin embargo en la entrevista se mencionó que desde la despenalización, el número ha aumentado a catorce unidades, con corte del 02 de junio de 2025 como “*el Hospital de la Mujer, Hospital General de Tehuacán, el Hospital de Atlixco, Hospital de Tlatlauquitepec, Hospital de la Mujer y Neonatología de Tehuacán. En los servicios de aborto en el ISSSTE, como tal, en la Clínica Médico Familiar Especialidades en Puebla. Clínica Hospital Teziutlán, Clínica Hospital de Huauchinango, Clínica Hospital de Tehuacán y Hospital Regional de Alta Especialidad ISSSTE Puebla y la Unidad Materno Infantil(...); De IMSS el Hospital General Zona 20 La Margarita y el Hospital General Zona 35 en Cuautlancingo, hospital de la jurisdicción 5 de Cholula*”.

Sin embargo, en las atenciones reportadas de la Dirección General de Información en Salud, entre 2020 y 2025, 29 centros de salud en el estado de Puebla registran haber brindado servicios de aborto, con mayor concentración en la jurisdicción de Tepexi de Rodríguez, que cuenta con siete centros en seis municipios: Acajete, Acatzingo, Molcaxac, Palmar del Bravo, Tecamachalco y Tepeaca, evidenciando una red relativamente extendida dentro de esta jurisdicción. El municipio de Puebla concentra cuatro centros. Aunque existe una red relativamente amplia, la cobertura en los 217 municipios del Estado de Puebla continúa planteando desafíos en cuanto a barreras geográficas.

Instituciones públicas que ofrecen el servicio de aborto

Instituciones como ISSSTE, ISSSTEP e IMSS ordinario (La Margarita y Cuautlancingo) contribuyen a la oferta.

Centros de salud suficientes

Respecto a la suficiencia de los centros de salud, persiste una brecha. Personal de salud afirmó que la totalidad de unidades de primer nivel aun no se incorporan plenamente, lo cual es crucial para la accesibilidad en zonas rurales o alejadas. La acompañante reforzó esta percepción, *“me dijeron que su objetivo es que el protocolo y el proceso se pueda realizar en algún momento en cualquier CESSA¹³”,* pero añade que eso *“en este momento eso no va a pasar”*. Se busca que *“en cada municipio exista una clínica en la que se pueda ofrecer el servicio”*, esta meta aún no se cumple, ya que principalmente se concentra la atención en hospitales generales, lo que implica barreras geográficas y desafíos en el traslado. También el personal de salud menciona que la despenalización aún es reciente.

Personal suficiente

Durante las entrevistas, se señaló que la escasez de personal especializado en ginecología en algunas zonas como Zacatlán o Huauchinango limita significativamente la prestación del servicio. Esta carencia contrasta con la situación en hospitales de la ciudad de Puebla, donde existe una mayor disponibilidad de ginecólogas, ginecólogos y personal médico capacitado para realizar el procedimiento. Asimismo, se indicó que, en muchas ocasiones, los médicos generales no cuentan con la formación necesaria para llevarlo a cabo. Además, se reporta una baja disponibilidad de personal en general y la presencia de objetores de conciencia, lo cual reduce aún más la capacidad operativa del servicio. Ante este panorama, el personal de salud plantea la necesidad de contar con personal de salud contratado específicamente para esta atención.

Insumos y medicamentos suficientes

La disponibilidad de insumos como kits para Aspiración Manual Endouterina (AMEU), Mifepristona y Misoprostol es inestable, y se reporta particularmente una escasez de mifepristona. Se menciona que hay gestión activa, pero también esperas de envíos federales, así como problemas de distribución por la transición a IMSS-BIENESTAR. El personal menciona coordinación entre hospitales para evitar desabasto mediante redistribución de insumos con buena caducidad. La acompañante señala que en algunos casos no hay suficiente medicamento y que persiste preferencia por procedimientos como el legrado. Otro hallazgo importante es que difícilmente las unidades cuentan con equipo de ultrasonido para realizarlo al momento de solicitar el servicio, por

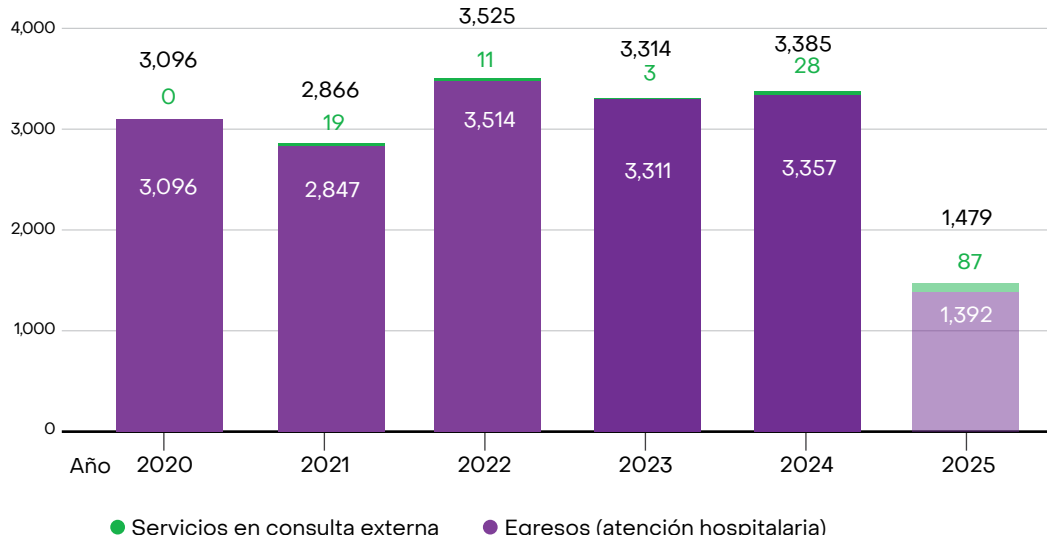
lo en muchas ocasiones dentro de los requisitos solicitan llevar hecho el ultrasonido, lo que puede involucrar un costo extra y limitación. En algunos hospitales solo hay un equipo disponible o deben compartirse entre distintas áreas, lo que retrasa la atención y puede afectar la calidad del servicio. El personal de salud señala la necesidad de contar con más equipos, pues esto permitiría confirmar con precisión las semanas de gestación, reducir tiempos de espera y garantizar un procedimiento más seguro y eficiente.

Accesibilidad

Durante el periodo 2020–2023, la atención se concentró casi exclusivamente en egresos hospitalarios, con un promedio anual superior a 3,000 casos y un número mínimo de servicios ambulatorios, entre 0 y 19 por año. Esto indica que, antes de la reforma legal, los abortos atendidos correspondían principalmente a eventos obstétricos o complicaciones médicas y que no existía una red de servicios ambulatorios o de aborto seguro (SAS) en operación dentro del sistema público.

En 2024, año en que se despenalizó el aborto en Puebla, los datos reflejan un ligero incremento en los servicios ambulatorios, que pasan de solo 3 en 2023 a 28 en 2024, mientras los egresos hospitalarios se mantienen en niveles similares (3,357). Los datos preliminares de 2025 confirman un cambio en el patrón de atención: los servicios ambulatorios ascienden a 87, superando en sólo cinco meses la cifra del año anterior.

Abortos atendidos en Puebla



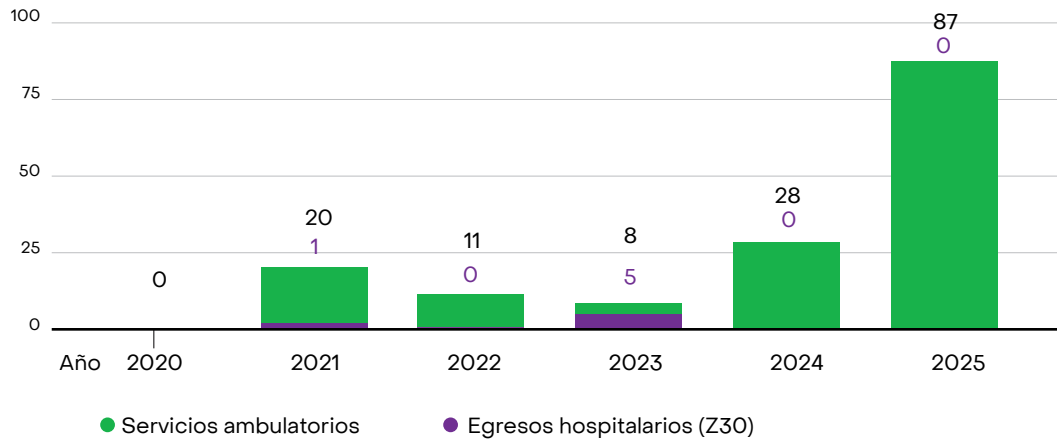
Fuente: Elaboración propia con datos de los cubos de egresos y servicios de cubos dinámicos, de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Recupera todos los abortos atendidos en Puebla por el sector salud, incluyendo los códigos CIE O03, O04, O05, O06, O08 y Z30.03. Consultado en junio de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

En los primeros años del periodo (2020–2022), los abortos inducidos fueron prácticamente nulos en el sector salud: en 2020 no se registraron casos y en 2021 solo se reportó un egreso hospitalario y 19 servicios ambulatorios, mientras que en 2022 hubo 11 servicios ambulatorios. En 2023, el número de atenciones se mantuvo bajo con cinco egresos hospitalarios y tres servicios ambulatorios, lo que indica que hasta antes de la despenalización, el acceso seguía siendo marginal dentro del sistema público de salud. Estos números reflejan un acceso muy limitado al aborto inducido antes del cambio normativo, probablemente restringido a casos específicos bajo causales legales.

A partir de julio de 2024, cuando el Congreso local aprobó la despenalización del aborto, se observa un incremento en los servicios ambulatorios, que alcanzan 28 registros en ese año y 87 en los primeros cinco meses de 2025, vislumbrando avances aunque el volumen de casos aún es bajo en comparación con la población potencialmente demandante.

Servicios de aborto inducido en Puebla

Año de despenalización: 2024



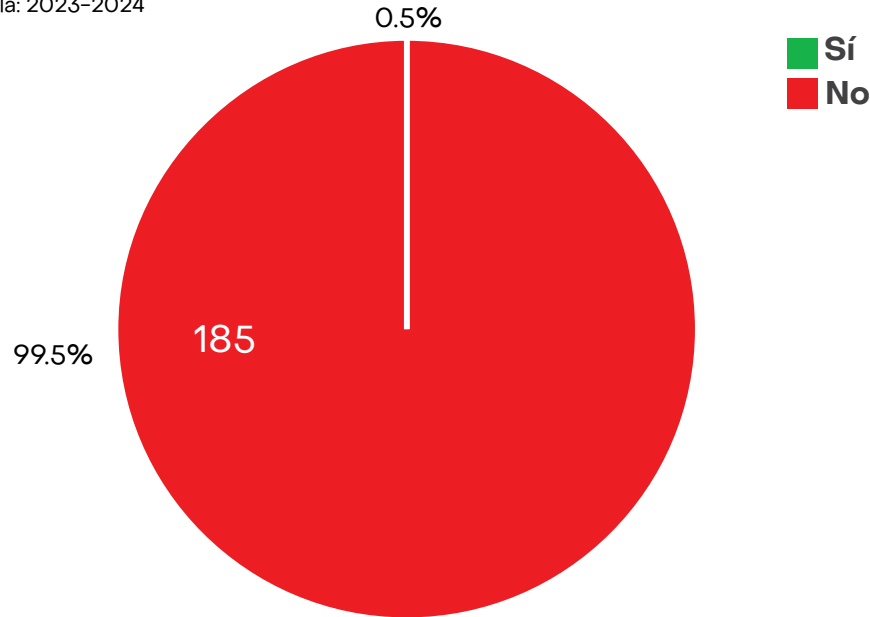
Fuente: Elaboración propia con datos de egresos (CIE Z30.3) y servicios de cubos dinámicos, de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Recupera los abortos atendidos en Puebla por el sector salud. Consultado en junio de 2025, los datos de este año son preliminares y consideran únicamente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

Durante el periodo 2023–2024, en el estado de Puebla se registraron 186 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 185 no accedieron al procedimiento, lo que equivale a menos del 1% del total.

Estos datos evidencian una brecha profunda entre el marco legal y la atención efectiva a víctimas de violencia sexual.

Embarazos producto de violaciones que recibieron o no IVE

Puebla: 2023-2024



Fuente: Elaboración propia con datos del cubo dinámico de lesiones, de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Consultado en junio de 2025. (Los datos desagregados sobre IVE se comenzaron a registrar en 2023).

Percepción de accesibilidad

La percepción de accesibilidad varía: el personal de salud la considera “*bastante alta*” argumentando “*todas las llamadas que yo tengo de atención, orientación y consejería, a todas las he mandado a un lugar y se les ha atendido*”, mientras que la acompañante la ve “*poco accesible*” debido a “*tantos pasos*” refiriéndose a que la burocracia o la falta de claridad en el proceso se convierten en una barrera. Con la despenalización ha aumentado la demanda de acuerdo al personal de salud, existe una esperanza de que el aborto seguro “*sea parte de un tema que se pueda hablar, platicar sin ningún tabú*”.

Ubicación clínicas accesibles

La ubicación de las clínicas sigue siendo un desafío. Aunque hay una expansión gradual, el personal de salud reconoce que hay “*lugares lejanos, en las jurisdicciones como Huauchinango*” donde el acceso es difícil, especialmente para usuarias de IMSS ordinario que no pueden trasladarse a hospitales

centrales. La acompañante coincide en que, si bien en Puebla capital las ubicaciones pueden ser *“accesibles en términos de que puedes llegar en transporte público”*, la situación en municipios más pequeños es más compleja.

Horarios accesibles

La atención se concentra en su mayoría en horarios matutinos. Los hospitales operan *“de 8 a 2 de la tarde”* y el ISSSTEP solo de *“8 a 12 del día”*, y solo algunas excepciones como Cholula tienen turno vespertino. La acompañante señala que *“es de 8 a 10 mientras existen muchos otros servicios, a la par”*, lo que reduce la privacidad y dificulta el acceso para personas con otras responsabilidades, como estudiantes. El IMSS-BIENESTAR reporta atender a pacientes incluso hasta las 3pm sin negarse a dar la atención.

Requisitos para ILE e IVE

Las personas entrevistadas comentan que para ILE solicitan CURP o INE como requisitos principales. En algunos casos se pide ultrasonido para descartar embarazos ectópicos, aunque puede realizarse dentro del hospital. También se requiere constancia de no derechohabencia del IMSS e ISSSTE, y de acuerdo a la acompañante, ha habido casos en los cuales se ha solicitado comprobante de domicilio. Adicionalmente, el personal de salud menciona que existen protocolos diferenciados para menores, mayores y personas migrantes. Para IVE, la usuaria tiene que presentarse y mencionar que el embarazo es producto de violación.

Semanas de gestación hasta que se brinda el servicio

El personal de salud destacó que si una paciente llega *“con las doce semanas y cinco días de gestación ese mismo día la atendemos”*, mostrando un compromiso con el límite legal y para garantizar el servicio para la persona usuaria. Por otro lado, se identificó en las entrevistas que hay claridad que si se trata de una IVE no hay límite gestacional para la atención.

Negación servicio

Si bien el personal de salud afirma que no se niega la atención de manera directa, las entrevistas muestran que existen formas indirectas de negación del servicio. Estas incluyen la falta de información clara sobre el procedimiento o los lugares donde se realiza, así como la ausencia de insumos en algunas unidades, lo que obliga a las usuarias a desplazarse o obstaculiza su acceso

efectivo. Desde la perspectiva de la acompañante, la negación también puede manifestarse en prácticas que limitan el acceso a la información necesaria para realizar el proceso de forma segura, lo que constituye una barrera en el ejercicio del derecho.

Rutas de referencia entre clínicas e instituciones

El personal de salud señala que existen protocolos y manuales de referencia y contrarreferencia entre unidades de distintos niveles de atención, además de directorios que orientan a las usuarias. Sin embargo, en la práctica, las experiencias varían. Mientras algunas unidades pueden resolver el procedimiento sin necesidad de referir a otras instituciones, la acompañante menciona que en muchos casos las usuarias no son canalizadas formalmente, y que el personal de salud suele remitirlas a organizaciones acompañantes para que continúen el proceso. Esto refleja una brecha entre los procedimientos establecidos y su aplicación efectiva en la atención cotidiana.

Accesibilidad física

En cuanto a la accesibilidad física, las unidades *“cuentan con ciertas normas, procedimientos y certificaciones”* para personas con discapacidad, de acuerdo al personal de salud entrevistado. No obstante, la acompañante hizo una reflexión respecto a que por reglamentación los hospitales tienen la infraestructura mínima, pero considera que se pueden mejorar aún más los espacios.

Accesibilidad económica

Acorde al personal de salud los servicios son totalmente gratuitos, sin embargo, la acompañante mencionó que si bien existen *“opciones gratuitas”*, existen también costos indirectos, como la solicitud de presentarse con una prueba de embarazo, los gastos de traslado, particularmente para quienes provienen de municipios lejanos y deben regresar en más de una ocasión, o el requerimiento de acudir con un ultrasonido realizado en otro establecimiento, el cual implica un gasto adicional.

Servicios sin discriminación

Durante las entrevistas al personal de salud se mencionó que dentro de los SAS el servicio se brinda sin discriminación debido a que el *“personal está comprometido y es no objetor”*, aunque la acompañante reconoce que *“no*

existe ninguna forma de discriminación” explícita, sino más bien que existe una percepción de que asistir a los servicios públicos es opción para quienes no tienen recursos y “se tiene la idea de que te van a tratar mal”.

Accesibilidad en lenguas indígenas

Aunque el personal de salud menciona esfuerzos recientes para traducir materiales informativos sobre aborto seguro a lenguas indígenas, aún no existen recursos accesibles disponibles en las unidades. Una de las entrevistadas del personal de salud señala que se están identificando las lenguas más habladas por jurisdicción para avanzar en esta tarea, mientras que el otro testimonio reconoce la ausencia de traductores en los hospitales. Por su parte, la acompañante subraya que, si bien las comunidades indígenas han transmitido históricamente saberes sobre aborto en sus propias lenguas, desde el sector salud no existen materiales ni estrategias que garanticen el acceso a la información en dichos idiomas. Esto evidencia una brecha entre el reconocimiento de la diversidad lingüística y su atención efectiva en los servicios públicos de salud, esto en un estado en donde el 6.5% de la población habla alguna lengua indígena¹⁴, una proporción superior al promedio nacional.

Accesibilidad en Lengua de Señas Mexicana y braille

Las personas entrevistadas coinciden que la accesibilidad en lengua de señas mexicana y braille es un área de oportunidad clara, debido a la falta de material específico y traductores.

Accesibilidad para personas migrantes

El personal de salud afirma que no existen restricciones para atender a personas migrantes o extranjeras y que los protocolos estatales contemplan requisitos específicos para su atención. Sin embargo, la acompañante señala que esta accesibilidad puede no aplicarse de manera equitativa, especialmente para personas en situación de tránsito o sin documentación oficial, como ocurre con muchas migrantes centroamericanas. Aunque en teoría el servicio es universal, en la práctica las exigencias administrativas, como la presentación de identificaciones o constancias, pueden representar una barrera real para el acceso efectivo al aborto legal y seguro.

Estrategias de difusión

La acompañante califica que hasta el momento las estrategias que se han utilizado son *poco* efectivas, pues mucha gente aún desconoce la legalidad o los límites gestacionales. Durante la observación participante se reveló la falta de señalización clara sobre el servicio en hospitales, representando una barrera informativa para las personas usuarias. Sin embargo, en las entrevistas del personal de salud se mencionaron estrategias de difusión que se encuentran en proceso en desarrollo como carruseles en redes sociales, espectaculares, radio y en su página web. La desinformación persiste, la acompañante además menciona la presencia de grupos antiderechos influyendo en las afueras de los hospitales y la falta de un mensaje institucional unificado para combatir la desinformación.

Obstáculos normativos

De acuerdo a la acompañante entrevistada, entre los principales obstáculos señalados se encuentra la objeción de conciencia, que hasta el momento no está bien regulada y que en algunos hospitales se traduce en la presencia de una sola persona no objetora, lo que limita la atención oportuna. A esto se suma la transición a IMSS-BIENESTAR, que ha dificultado el seguimiento de protocolos y la coordinación interinstitucional.

Aceptabilidad

Ética médica

El personal de salud señala que la atención se brinda con base en la ética médica, reforzada por capacitaciones sobre el marco legal y la conformación de equipos multidisciplinarios. Además, destacan el respeto a la decisión de las usuarias, ofreciendo apoyo psicológico para acompañar el proceso y garantizar una elección informada. Sin embargo, desde la perspectiva de la acompañante, la atención no siempre se da desde un enfoque ético integral, ya que en ocasiones se limita a ofrecer el procedimiento sin acompañamiento ni información suficiente, lo que demuestra una brecha entre la ética médica institucional y su aplicación en la práctica cotidiana.

Objeción de conciencia

Aunque el personal de salud afirma que la objeción de conciencia no es la norma y que existen rutas de referencia para garantizar la atención cuando se presenta, la experiencia de la acompañante muestra que su ejercicio puede funcionar de manera encubierta. En lugar de negar explícitamente el servicio y declararse objetor de conciencia, algunas personas objetoras recurren a prácticas de persuasión, culpabilización o desinformación que terminan por obstaculizar el acceso efectivo al servicio. Si bien hay unidades donde el personal declara no oponerse a realizar los procedimientos, de acuerdo a los testimonios, las diferencias en la aplicación del derecho a objetar revelan la importancia de una regulación y mecanismos que aseguren que esta opción no se utilice para vulnerar los derechos de las usuarias.

Pertinencia cultural

La acompañante señaló que persisten miradas condescendientes desde la capital hacia las comunidades diversas, lo que afecta la forma en que se brinda la atención y limita el reconocimiento de la diversidad cultural como un valor. Por su parte, el personal de salud mencionó que las costumbres, las ideas y el desconocimiento sobre los servicios son factores que dificultan el acceso, además de las barreras lingüísticas que enfrentan las usuarias que no hablan español. Otro testimonio del personal reconoció que *“no han acudido mujeres de pueblos indígenas a solicitar el servicio”*, lo que refleja el escaso conocimiento y la falta de materiales o estrategias adaptadas a estos contextos.

Perspectiva de Género y de diversidad sexogenérica

Desde el personal de salud, en una entrevista se comentó que no ha identificado casos de discriminación y que *“las personas que están atendiendo están comprometidas”*, mientras que otra indicó: *“No hemos tenido pacientes transgénero o transexuales que hayan llegado a solicitar el servicio. El servicio está abierto a quien lo solicite, pero no han llegado las pacientes.”* La acompañante señaló que en general las personas trans suelen evitar acudir a hospitales públicos para abortar debido a experiencias o preocupación de discriminación: *“Para las personas trans ir al área de ginecología implica cosas. Que refuercen formas de no validar tu identidad de género, que no respeten tus pronombres.”* La falta de casos identificados por parte del personal, así como estos últimos testimonios pueden interpretarse como desconfianza o falta de acceso para personas con identidades de género diversas.

Perspectiva de juventudes

El personal de salud afirma un trato sin estigma por edad, *“no etiquetamos a la paciente, si la paciente es muy joven o si es adulta se le proporciona la atención por igual”*. En otra entrevista se mencionó que *“la norma 047, la 046, está desde la norma de la atención desde el 04 del expediente. Y tenemos protocolos de atención para menores de 15 años”*.

Identificación de violencia sexual en menores y vinculación con instituciones

El personal de salud afirmó que todos los hospitales aplican la *“búsqueda intencionada de violencia”* y protocolos específicos para menores, además de ofrecer profilaxis y anticoncepción de emergencia. En casos de menores de 14 años, indicaron que entrevistan a la usuaria a solas para identificar posible violencia sexual. Sin embargo, la acompañante señaló que la Ruta NAME (Mecanismo para la Articulación Intersectorial para la Atención de Niñas y Adolescentes Madres y/o Embarazadas) avanza lentamente en Puebla y sigue siendo muy institucional.

Confidencialidad

El personal de salud afirmó que existen consentimientos informados y protocolos de confidencialidad, con atención a puerta cerrada y posibilidad de anonimato incluso. Sin embargo, la acompañante advirtió que en comunidades pequeñas la confidencialidad es difícil de garantizar: *“si te atiende tu comadre, tu prima, tu vecina, claro que va a contarlo”*. Además, la observación participante evidenció la falta de espacios privados para la recuperación postaborto.

Consejería pre/post aborto

La percepción de la consejería varía entre el personal de salud, quienes la ven como un apoyo, pues se menciona que el protocolo incluye planificación familiar y apoyo psicológico, se realiza seguimiento a los siete días y se continúa con seguimiento psicológico. Por otro lado, tanto la acompañante como una de las entrevistadas del sector salud señalaron que la mayoría de las usuarias no regresan para recibir consejería postaborto, principalmente por motivos de traslado, tiempo o desgaste. Una vez confirmado que el procedimiento fue exitoso, suelen retirarse y no vuelven.

Calidad

Infraestructura en buen estado

En las entrevistas se reporta que las instalaciones son adecuadas y cuentan con espacios privados para la atención. Una de las personas entrevistadas menciona que el consultorio donde se otorga el servicio es nuevo y funcional, tras una reciente remodelación. Otra entrevistada sugiere integrar los servicios de aborto seguro con los módulos de planificación familiar para agilizar la atención y optimizar el uso del espacio.

Servicios básicos (agua potable y condiciones sanitarias)

En cuanto a servicios básicos, las opiniones son diversas. La acompañante señala carencias frecuentes, como la falta de agua o papel en los baños, incluso dentro de hospitales. El personal de salud, por su parte, afirma que las unidades médicas cuentan con los servicios necesarios y que se aplican cédulas de supervisión que verifican electricidad, lavamanos, tamaño del consultorio y cumplimiento de normas de limpieza. La observación mostró que, aunque el consultorio tiene su propio baño, para una estancia prolongada el baño disponible sería público y no siempre cuenta con papel.

Personal capacitado y capacitaciones recibidas

Se mencionó que el personal recibe capacitación continua, en 2024 se realizaron cinco capacitaciones y se prevé aumentar este número para el 2025. Sin embargo, la acompañante menciona que la capacitación no es suficiente si faltan insumos médicos y recursos, o un enfoque en los derechos sexuales y reproductivos.

Tipos de procedimiento de aborto

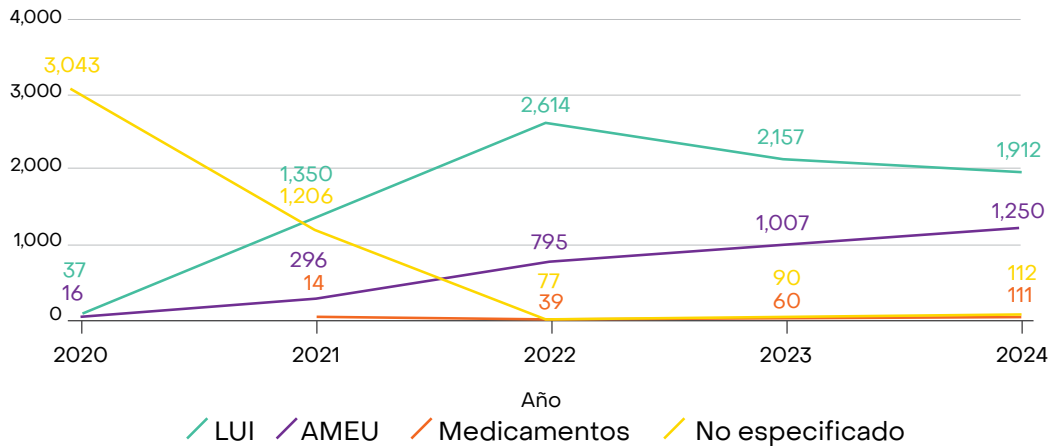
En 2020 la mayoría de los procedimientos (3,043) se registran como “no especificados”, con cifras mínimas en LUI (37) y AMEU (16), y sin reportes de abortos por medicamentos. Esto sugiere deficiencias en el registro. En 2021, se observa un salto importante en el registro de los procedimientos quirúrgicos, especialmente en el LUI (1,350) y la AMEU (296), además de un fuerte descenso en los casos no especificados (1,206). En 2022, se mantiene el crecimiento, con 2,614 LUI y 795 AMEU, y una notable reducción en los “no especificados” (77), aparecen de forma incipiente los procedimientos con medicamentos (39). En 2023 y 2024: Se consolidan los métodos quirúrgicos, pero con un cambio

de tendencia: el uso de AMEU aumenta sostenidamente, alcanzando 1,250 en 2024, mientras que el LUI disminuye. Paralelamente, los procedimientos con medicamentos crecen de 60 a 111, y los “no especificados” se mantienen en niveles bajos. De enero a mayo de 2025, aún siendo datos parciales, se registran 685 LUI y 660 AMEU, junto con 104 abortos con medicamentos.

Si bien, se ha transitado paulatinamente a la utilización de procedimientos acorde a la OMS, de acuerdo a los datos de la DGIS, entre 2020 y mayo 2025 el Legrado Uterino Instrumental (LUI) fue el procedimiento más utilizado con 8,727 casos (49.82%), lo cual resulta preocupante ya que este procedimiento es considerado obsoleto por parte de la Organización Mundial de la Salud. En segundo lugar fue la AMEU con 4,000 servicios (22.83%) y el uso de medicamentos con solo 232 casos (1.32%).

En las entrevistas con el personal de salud se mencionó que el legrado *“todavía se sigue usando debido a la falta de conocimiento del manejo de ciertos medicamentos o AMEUs, aunque han habido capacitaciones”*. Además, la acompañante matizó que respecto al tratamiento con medicamento en ocasiones les indican que *“se tomen las pastillas solo con agua”*, en lugar de que sea sublingual que tiene mayor efectividad, lo que ella interpreta como una forma de negar *“el acceso a la información suficiente”*. Durante la Observación Participante se identificó que la doctora administra directamente el medicamento.

Tipos de procedimientos de aborto en Puebla 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 Puebla por el sector salud, incluyendo los códigos CIE 003, 004, 005, 006, 008 y Z30.03. Consultado en junio de 2025

Atención conforme al lineamiento técnico

El personal de salud afirma que el lineamiento técnico se aplica y se consulta de manera constante para garantizar la correcta atención, incluyendo la dosificación y procedimientos adecuados. También destacan la importancia de reforzar su difusión y capacitación continua, ya que el seguimiento a casos requiere recordar y aplicar los protocolos en cada situación. Por su lado, la acompañante percibe una falta de uniformidad ya que cada unidad brinda indicaciones distintas sobre procedimientos o dosis lo que sugiere una aplicación variable del lineamiento técnico.

Atención en tiempos oportunos

La atención en tiempos oportunos se menciona como un esfuerzo claro para no rebasar las doce semanas con seis días, brindando atención inmediata.

Integración de SAS con otros servicios

La integración de los servicios de aborto seguro con otras áreas de salud es limitada, según la acompañante, que señala que rara vez se vinculan con

servicios amigables, atención psicológica o salud integral. Por su lado, el personal de salud menciona que los servicios forman parte del departamento de salud reproductiva, y que existe vinculación principalmente con planificación familiar y prevención de infecciones de transmisión sexual.



Foto: Hilda Ríos



¿Qué concluimos con esta investigación?

Los hallazgos en el estado de Puebla evidencian avances relevantes a raíz de la despenalización del aborto, particularmente en la ampliación de unidades y en la disposición institucional para brindar el servicio. Sin embargo, persisten desigualdades que limitan el acceso efectivo y la calidad de la atención. El rol de las organizaciones acompañantes es crucial, suplen deficiencias institucionales al orientar a usuarias, explicar protocolos y facilitar el acceso a medicamentos, cubriendo vacíos que deja el sistema público.

Disponibilidad

El número de hospitales que brindan servicios de aborto seguro ha crecido de cinco a catorce unidades de segundo y tercer nivel. No obstante, la cobertura sigue siendo insuficiente frente a la extensión territorial del estado. Además, la falta de incorporación de las unidades de primer nivel así como la concentración del servicio en hospitales generales generan barreras para las usuarias. Se destaca que en Puebla existe voluntad política del IMSS ordinario para nombrar algunas unidades como prestadoras de servicios, a diferencia de otros estados donde la institución no se ha movilizado. Sin embargo, la escasez de personal y la presencia de objetores de conciencia reducen aún más la capacidad operativa. En cuanto a insumos, persiste la inestabilidad en abasto de mifepristona y otros materiales, así como la falta de equipos de ultrasonido en algunas unidades, lo cual incrementa costos indirectos y retrasa la atención.

Accesibilidad

Si bien a partir de la despenalización han aumentado los servicios de aborto seguro en el sector salud y el personal de salud reporta que todas las usuarias son atendidas, las percepciones externas señalan barreras burocráticas, horarios restringidos y limitaciones geográficas. Algunos requisitos administrativos pueden representar obstáculos, en particular para personas migrantes. La accesibilidad económica es bastante desigual, pues aunque los servicios son gratuitos, el costo de los traslados, los estudios complementarios (como el ultrasonido), o la posibilidad de tener que regresar para el seguimiento afectan la accesibilidad del servicio. Además, en materia lingüística, la ausencia de traductores o simplemente materiales en lenguas indígenas o adaptaciones en braille evidencia una falta de esfuerzo institucional para garantizar el acceso al servicio para personas hablantes de lenguas indígenas o personas con discapacidad visual.

Aceptabilidad

Aunque el personal sostiene que se brinda la atención conforme al Lineamiento Técnico, el testimonio de la acompañante refiere que no es uniforme, pues se menciona que cada unidad interpreta de manera distinta las indicaciones o dosis. La objeción de conciencia sigue operando e incluso de forma indirecta, pues se manifiesta a través de prácticas de disuasión o desinformación. Asimismo, persisten barreras culturales y de género: los servicios no han desarrollado estrategias efectivas para atender con pertinencia cultural ni con enfoque inclusivo hacia personas trans o de pueblos indígenas. Si bien el personal afirma que no existen casos de discriminación, la ausencia de usuarias trans o indígenas puede interpretarse como un indicador de falta de inclusión real más que de inexistencia de demanda.

Calidad

En cuanto a la infraestructura, las unidades cuentan con espacios adecuados y equipamiento básico, aunque se identificaron deficiencias menores en servicios sanitarios. Las capacitaciones al personal son continuas, pero

insuficientes para garantizar la actualización en procedimientos recomendados por el Lineamiento Técnico y la OMS. La alta proporción de abortos mediante legrados revela un desfase importante en la adopción de métodos seguros y recomendados como la AMEU o los medicamentos.

En terminos generales, el estado de Puebla ha avanzado en la institucionalización del aborto tras su despenalización, con un marco operativo en expansión y personal comprometido. Sin embargo, la consolidación del servicio como un componente integral de salud sexual y reproductiva requiere fortalecer la red de primer nivel, garantizar insumos y equipos suficientes, unificar la aplicación del Lineamiento Técnico, fortalecer el conocimiento del personal de salud y asegurar la accesibilidad para población trans, rural, migrante e indígena. La mejora dependerá de la coordinación interinstitucional y de una estrategia estatal que combine formación, infraestructura y difusión estratégica, con el fin de garantizar que el derecho al aborto seguro se ejerza en condiciones de igualdad, calidad y dignidad en todo el territorio poblano.



Foto: Sarah Guarneros



Recomendaciones

Cambios necesarios en las leyes y normas

- Eliminar el aborto del Código Penal Federal y del Código Penal de Puebla, conforme a los criterios establecidos por la SCJN, y regular su atención a través del sector salud.
- Armonizar la Ley de Salud de Puebla 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 a nivel estatal, para garantizar que se brinde atención de calidad a las personas usuarias.
- Asegurar infraestructura y mantenimiento adecuados en todas las unidades médicas, urbanas y rurales, garantizando condiciones dignas, funcionales y sanitarias en los espacios de atención.
- Involucrar a colectivas de acompañantes y organizaciones de la sociedad civil en la supervisión de la implementación del servicio.

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



Referencias

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

5. Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR). [Internet]. Ciudad de México 2022. [Fecha de consulta 25 noviembre de 2025]. Disponible en: <https://sidof.segob.gob.mx/notas/docFuente/5663064>
6. Gobierno de México. Instituto Mexicano del Seguro Social. [Internet]. México. 2025. [Fecha de consulta 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/mision>
7. Diario Oficial de la Federación. Ley del Seguro social. [Internet]. Ciudad de México. 2024. [Fecha de consulta 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>
8. Secretaría de Gobernación. Guía para la Implementación de la Ruta para la Atención y Protección Integral de Niñas y Adolescentes Madres y/o Embarazadas Menores de 15 años. [Internet]. Ciudad de México 2020. [Fecha de consulta 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/678903/Gu_a_para_la_implementaci_n_Ruta_NAME_EditadaVF2021.pdf
9. Gobierno del Estado de Puebla. Periódico Oficial del Estado de Puebla, Decreto — reforma a los artículos 339-343 del Código Penal del Estado Libre y Soberano de Puebla. Jueves 15 de agosto de 2024 [Internet]. Puebla (Pue.); 2024 Aug 15 [citado 2025 Nov 27]. Disponible en: https://periodicooficial.puebla.gob.mx/media/k2/attachments/T_E_V_15082024_C.pdf
10. Sistema Nacional de Información Estadística y Geografía. Catálogo Nacional de Indicadores. [Internet]. Ciudad de México. [fecha de consulta: 12 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.snieg.mx/cni/escenario.aspx?idOrden=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>

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. CESSA: Centros de Salud con Servicios Ampliados
14. 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/ccpy/2020/>



FB: @ILSB.AC

X: @ilsb_ac

IG: @ilsb.ac

www.ilsb.org.mx

IG: @redefine.mx

TikTok: @redefine.mx