



VOCES POR EL DERECHO A DECIDIR

Esta publicación fue sometida a un proceso de revisión y lecturas especializadas conforme a los criterios editoriales de Fundar. Centro de Análisis e Investigación, A.C.

AUTORAS

Fundar Centro de Análisis e Investigación
Irma Janet Oropeza Eng
Matilde Pérez Romero

ASISTENTE DE INVESTIGACIÓN

María Guevara

CUIDADO EDITORIAL

Claudia Minerva García
Mariana Gurrola Yáñez

PROOFREADING

Claudia Minerva García

DISEÑO EDITORIAL E ILUSTRACIONES

Stephanie Lagunas

CORRECCIÓN DE ESTILO

Olga Correa



Fundar, Centro de Análisis e Investigación A. C.
Cerrada de Alberto Zamora 21, Col. Villa Coyoacán, Del.
Coyoacán, C.P. 04000, Ciudad de México

Primera edición: agosto del 2026

Forma recomendada de citar.

Eng Oropeza J, Pérez Romero M, (2026). *Voces por el derecho a decidir*. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 88 pp. Ciudad de México.

VOCES POR EL DERECHO A DECIDIR

Índice

- 5** SIGLAS Y ACRÓNIMOS
- 6** RESUMEN EJECUTIVO
- 14** NOTA METODOLÓGICA
- 16** INTRODUCCIÓN
- 20** MÁS ALLÁ DE LO LEGAL: BARRERAS INSTITUCIONALES Y SOCIALES PARA LA GARANTÍA EFECTIVA DE UN ABORTO SEGURO
 - 21** Sistema de salud desfinanciado y fragmentado en México
 - 24** Desafíos para garantizar la salud sexual y reproductiva
 - 25** Servicios para la atención del aborto seguro insuficientes y centralizados
 - 30** Barreras sociales
 - 31** Presupuesto público limitado y falta de rendición de cuentas para la operación de la política de aborto seguro
- 34** ESTÁNDARES PARA EL ACCESO AL ABORTO SEGURO EN MÉXICO
- 44** ELEMENTOS ESENCIALES DEL DERECHO A LA SALUD
- 46** ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS DE ABORTO SEGURO
 - 46** Disponibilidad
 - 48** Accesibilidad
 - 53** Calidad
 - 56** Aceptabilidad
- 60** PERCEPCIÓN DE ESPACIOS SEGUROS PARA ABORTAR
 - 61** En casa
 - 64** En el sistema de salud privado
 - 67** En el sistema de salud público
- 70** CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
 - 74** Recomendaciones para fortalecer la política y los servicios de aborto seguro
- 78** ANEXO
- 82** REFERENCIAS

Siglas y acrónimos

AS Aborto seguro

AMEU Aspiración Manual Endouterina

CDMX Ciudad de México

CNEGSSR Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Sexual y Reproductiva

DSR Derechos Sexuales y Reproductivos

ILE Interrupción legal del embarazo

IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSFAM Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas

ISSSTE Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

IVE Interrupción voluntaria del embarazo

NA Niñas y adolescentes

NOM Norma Oficial Mexicana

OMS Organización Mundial de la Salud

PEMEX Petróleos Mexicanos

SAS Servicios de Aborto Seguro

SESA Secretarías de Salud Estatales

SSA Secretaría de Salud

SSR Salud sexual y reproductiva

SCJN Suprema Corte de Justicia de la Nación

Resumen ejecutivo



En las últimas décadas, las mujeres y personas con posibilidad de gestar en México y América Latina se han movilizado y exigido su derecho a la autonomía reproductiva y a un aborto seguro. Gracias a esta lucha, hasta agosto de 2026, en 25 estados en México el aborto voluntario, hasta cierto número de semanas, es legal y los servicios de salud públicos están obligados a proporcionarlo. Además, desde 2020, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud desarrolló una política pública que garantiza este derecho y, con ese propósito, a partir de 2021 publicó un Lineamiento Técnico para su atención en las instituciones de salud pública. Actualmente, también existen 405 servicios de aborto seguro, distribuidos en todo el país, que realizan la interrupción legal del embarazo. A pesar de estos importantes avances legales y de política pública, las mujeres y personas con posibilidad de gestar aún enfrentan barreras infranqueables al intentar acceder a servicios de aborto seguro, lo cual afecta sus derechos y sus vidas.

Por medio de entrevistas a 43 mujeres, principalmente habitantes de la zona metropolitana, esta investigación indaga cuáles son y cómo enfrentan estas barreras en el acceso a los servicios de salud pública, pese a las

garantías de la política y el Lineamiento Técnico. Por otra parte, este trabajo explora cuáles son las condiciones, las prácticas y los elementos que ellas consideran indispensables para tener procesos de aborto seguros, acompañados y respetuosos de sus derechos.

Las experiencias revelaron que persisten limitantes en los servicios públicos de aborto seguro, como la distancia geográfica que impide a muchas mujeres y personas con posibilidad de gestar acceder a ellos porque están centralizados en las capitales de los estados o ubicados en zonas altamente pobladas o porque el número de turnos es reducido. Además, a pesar de su despenalización legal, prevalecen juicios sociales contra quienes deciden abortar. Incluso, este estigma y cuestionamiento a sus decisiones puede venir del propio personal médico.

Sus experiencias con los servicios de salud pública revelaron que hay carencia de insumos y personal médico. Los testimonios coinciden en la necesidad de que estos servicios cuenten con mayor presupuesto, así como de implementar protocolos y prácticas que, basadas en un enfoque de derechos humanos, de género e interseccional, permitan garantizar este derecho para las personas usuarias, libre de estigmas y con pleno respeto a su decisión y proceso.

Los testimonios expresan, además, que tomar la decisión de abortar no siempre es fácil, por tanto —una vez que lo han hecho— necesitan estar acompañadas, sentirse seguras y que se respete su autonomía. Cabe

A PESAR DE SU DESPENALIZACIÓN LEGAL, PREVALECE JUICIOS SOCIALES CONTRA QUIENES DECIDEN ABORTAR

destacar que, independientemente del sitio donde se decida hacer el aborto —en casa, en servicios privados o públicos—, las mujeres mencionan la importancia de estar acompañadas por personas cercanas (familiares, amistades, parejas) porque eso otorga mayor seguridad sobre su decisión y la sensación de recibir mejores cuidados durante el proceso.

Las experiencias revelaron una falta de sensibilidad persistente del personal de salud, malos tratos y juicios sociales que generan violencias contra las mujeres y personas con posibilidad de gestar. Para ellas, es importante recibir un buen trato y ser atendidas por personal capacitado y sensibilizado para tener un aborto acompañado y libre de estigmas.

Asimismo, a la luz de los testimonios, se observa que las campañas informativas y los procesos formativos promovidos por las distintas luchas de organizaciones de mujeres indígenas, feministas y grupos amplios de mujeres han sido exitosos en transmitir conocimientos a otras mujeres que hoy desempeñan un rol en acompañar procesos de aborto fuera del sistema de salud público.

En cuanto al lugar de preferencia para realizarse un aborto, la opción más mencionada fue en casa mediante el uso de misoprostol y/o mifepristona, porque esta opción les permite estar acompañadas, hacer uso de métodos alternativos de autocuidado y porque ahí estarán libres de juicios de valor y estigmas sobre su decisión. Esta elección también responde a las dificultades de accesibilidad originadas por la centralización de los servicios públicos, los horarios

y turnos restrictivos –ya que no todos tienen servicio los siete días de la semana y las 24 horas– y por los requisitos que les solicitan para acceder al servicio.

Varias entrevistadas mencionaron la posibilidad de que el Estado proporcione las pastillas de misoprostol y mifepristona de manera gratuita para realizar el procedimiento en casa, con asesoría médica y con la posibilidad de incluir otros aspectos que los servicios de salud públicos y privados han implementado, como la telemedicina, que incluye asesorías a distancia, o el envío a domicilio de paquetes de medicamentos con información sobre el procedimiento y la posibilidad de tener acompañamiento integral y cercano a distancia.

Dadas las diferentes realidades y procesos de las personas, en las entrevistas, se enfatizó la importancia de que la atención se practique con una perspectiva de género, intercultural e interseccional y que sea provista tanto con presupuestos suficientes como con servicios descentralizados y enfocados en las necesidades reales de las mujeres y personas con posibilidad de gestar que deciden interrumpir sus embarazos.

Finalmente, ellas identificaron diversas causas estructurales que les impiden acceder a servicios integrales de aborto. Entre las principales barreras señalaron:

1. La centralización de los servicios y la falta de personal que no sea objetor de conciencia.
2. La persistencia del uso de procedimientos invasivos, como el legrado uterino instrumental, que aumentan el riesgo y comprometen su seguridad.

3. Los juicios sociales del personal de salud que expresa cuestionamientos a su decisión, propiciando situaciones de violencia.
4. La falta y escasez de presupuesto, que se traduce en instalaciones insuficientes y falta de medicamentos, insumos, equipo y personal.
5. No contar con acceso garantizado por los horarios y turnos limitados que no responden a las necesidades de las personas usuarias.
6. La falta de difusión de información útil, accesible y oportuna en los lugares que las potenciales usuarias frecuentan.
7. La carencia de servicios integrales, efectivos y oportunos, indispensables para dar acceso real y acompañado a una interrupción legal o voluntaria del embarazo.

Estos testimonios ofrecen información cualitativa valiosa para delinear propuestas encaminadas a fortalecer la política y los servicios de aborto seguro existentes, a partir de las necesidades y sentires de las personas usuarias. En concreto, se hacen las siguientes recomendaciones:

- Fortalecer los servicios públicos de aborto seguro para que su atención sea realmente integral, tal como establece el Lineamiento Técnico, es decir, que incorporen de manera efectiva áreas de consejería e información, de acompañamiento al proceso y su seguimiento posterior.

- Garantizar que las potenciales usuarias reciban del personal médico y las instituciones públicas de salud información suficiente, oportuna, accesible —con perspectiva de género, de derechos humanos e intercultural— sobre el proceso y los protocolos de atención en los servicios de aborto seguro. Las campañas de difusión deben procurar acercar información a las potenciales usuarias en los lugares que ellas frecuentan; con ello, además, se sensibilizaría a la sociedad y a la comunidad en general sobre este derecho.
- Garantizar servicios de aborto libres de estigmas sociales, asegurando contar con personal que no sea objetor de conciencia, así como regular la presencia de grupos conservadores fuera de los hospitales. Estas medidas evitarían el acoso, facilitando las condiciones para que las mujeres y personas con posibilidad de gestar decidan libremente.
- Asegurar que el personal a cargo de la atención reciba capacitación constante en métodos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de aborto seguro, manejo de complicaciones, acompañamiento y atención postaborto, así como aspectos legales y éticos relacionados con la interrupción del embarazo. Esto permitiría proveer una atención de calidad, oportuna y acorde con las necesidades de las personas usuarias.
- Promover que la atención tenga realmente un enfoque de derechos humanos, de género, interseccional, libre de estigmas e intercultural;

asimismo, asegurar que se consideren los conocimientos comunitarios de las parteras y redes de acompañantas, quienes conocen de primera mano las necesidades de las mujeres en su diversidad y de las personas con posibilidad de gestar (jóvenes, rurales, indígenas, afromexicanas, con discapacidad, etcétera).

- Fortalecer la capacitación y sensibilización para el personal de salud sobre los procesos de confidencialidad y las posibles sanciones a quienes divulguen información sensible.
- Ampliar la red de servicios de aborto seguro y procurar su descentralización con el propósito de que su acceso no dependa del número de turnos diarios, sino que este servicio esté realmente garantizado para todas las usuarias, particularmente para aquellas que habitan en comunidades rurales, indígenas y de la periferia.
- Ampliar los días y los horarios para garantizar que cualquier persona que solicite servicios de aborto los reciba.
- Garantizar que en los procesos de Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo se usen métodos seguros, tal como establece el Lineamiento Técnico y la OMS.
- La Secretaría de Hacienda y Crédito Público debe asignar, en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PPEF) enviado a la Cámara de Diputados cada año, mayores recursos a todas las instituciones de salud pública que proveen servicios

de salud sexual y reproductiva, incluido aborto seguro, ya que actualmente están desfinanciados.

- Garantizar que el Poder Legislativo ejerza sus funciones en la aprobación y control del presupuesto anual asegurando que los recursos destinados a aborto seguro sean progresivos y suficientes para garantizar este derecho, así como verificando que el ejercicio de los recursos públicos sea adecuado.
- Asegurar que todas las instituciones de salud pública consideren, dentro de su presupuesto, recursos suficientes para garantizar la operación adecuada de los servicios de aborto seguro, observando transparencia en su asignación y ejercicio.
- Garantizar que los servicios de salud cuenten con personal no objetor de conciencia suficiente en todos los turnos y horarios, con el objetivo de que la atención a las personas usuarias se realice de forma efectiva y sin juicios sociales.
- Verificar que las instalaciones estén en buenas condiciones y provean información en lenguas indígenas, lenguajes de señas, sistemas de símbolos, dispositivos electrónicos de comunicación, según se requieran.
- Implementar campañas informativas diferenciadas que consideren los distintos contextos y las necesidades de mujeres en su diversidad (jóvenes, indígenas, afromexicanas, rurales, etcétera) y personas con posibilidad de gestar.

Nota metodológica

En 2024, en el marco de la concentración del 28S en la Ciudad de México (CDMX), realizamos 43 entrevistas a mujeres¹ en edad reproductiva que exigían un derecho al aborto seguro (AS). La mayoría (83%) residía en la Zona Metropolitana del Valle de México, y el 17% restante provenía de estados como Aguascalientes, Guerrero, Oaxaca y Puebla y una de Brasil. Las mujeres participaron de forma voluntaria en las entrevistas y nos otorgaron su consentimiento para compartir y utilizar su testimonio.

La entrevista planteó las siguientes preguntas: 1) ¿Cuáles crees que deberían de ser las condiciones que las instituciones de salud pública deberían garantizar para que todas podamos ejercer nuestro derecho a decidir y a un AS? 2) Desde tu perspectiva, ¿cómo debería ser el proceso de AS? 3) Si tuvieras que interrumpir un embarazo, ¿dónde preferirías hacerlo: en un servicio de salud público o privado y por qué? Estas preguntas permitieron que las mujeres compartieran sus propias experiencias y de sus amigas, señalando cuáles son las barreras de acceso en los servicios de salud públicos de aborto, y dónde preferirían realizarse un procedimiento de interrupción. Asimismo, nos permitieron conocer sus necesidades y sentires respecto al proceso de aborto. Al final de la entrevista, ellas tuvieron la oportunidad de hacer propuestas para mejorar estos servicios. Sus respuestas fueron sistematizadas y posteriormente analizadas conforme a

1 Sólo se entrevistaron mujeres porque fue la población a la que tuvimos acceso, sin embargo, las personas con posibilidad de gestar también gozan y acceden a este derecho.

los cuatro elementos esenciales del derecho a la salud definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS): accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad (OMS, 2023) y a la luz del Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México (en adelante, Lineamiento Técnico).

¿Por qué recuperar las experiencias de las usuarias? Desde hace más de dos décadas, Fundar, Centro de Análisis e Investigación AC (en adelante, Fundar) ha monitoreado los recursos asignados y ejercidos para la implementación de los diferentes componentes de la política de salud sexual y reproductiva (SSR). Además, mediante la vinculación con redes y organizaciones locales y comunitarias, ha analizado en qué medida dicha política responde a las necesidades de las usuarias e identificado áreas de mejora.

A partir de su trabajo, Fundar ha visibilizado que, a la limitada asignación presupuestaria y falta de transparencia y rendición de cuentas en el ejercicio de los recursos, se suman otros factores, como la objeción de conciencia del personal médico, la sanción social del aborto, que se traduce en su estigmatización, y los desafíos propios del sistema de salud, como la centralización y saturación de los servicios, la falta de insumos, medicamentos y de personal, entre otros, que también impactan la calidad, accesibilidad, aceptabilidad y disponibilidad de los servicios de aborto seguro (SAS).

En este contexto, mediante una metodología cualitativa, este trabajo se propone aportar conocimiento sobre los retos y desafíos que las usuarias enfrentan al momento de acceder a los SAS, particularmente en la zona metropolitana del Valle de México. Lo anterior permite realizar recomendaciones para mejorar la política pública y los servicios de salud a partir de las necesidades de las usuarias y de criterios de transparencia y rendición de cuentas.



Introducción

El aborto está estrechamente ligado a la autonomía reproductiva de las mujeres y personas con posibilidad de gestar. Poder decidir si se quiere procrear y cuándo tiene repercusiones en la construcción de un proyecto de vida y en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (DSR). En México, la autonomía reproductiva está incluida como derecho en el artículo cuarto constitucional. Sin embargo, antes de 2007, interrumpir voluntariamente un embarazo era considerado un delito y sólo se permitía bajo ciertas causales restrictivas, como situaciones de riesgo para la vida de quien gesta, malformaciones o inviabilidad del producto, entre otras. A partir de 2007, la exigencia y movilización de las mujeres y personas con posibilidad de gestar logró la despenalización de la interrupción voluntaria hasta la semana 12 en la CDMX. Desde entonces, en 24 estados más se permite la interrupción legal del embarazo (ILE),² mayormente en las prime-

2 En 2007 en la Ciudad de México se logró la despenalización del aborto voluntario hasta las 12 semanas de gestación, sin embargo, pasaron más de diez años para que otra entidad federativa, Oaxaca (2019), lo consiguiera también, seguida de Baja California Norte, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Hidalgo y Veracruz (2021) y, posteriormente, Guerrero, Sinaloa y Quintana Roo (2022), así como Aguascalientes (2023). A partir de 2024, bien fuera por un acatamiento del legislativo de una orden judicial, por vía judicial o por voluntad de propio poder legislativo, se alcanzó la despenalización

ras 12 semanas de gestación, mientras que en siete estados aún se sigue criminalizando y persisten las causales restrictivas.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación (scjn) ha sido una pieza clave también en el impulso de este derecho mediante varias sentencias históricas. Entre las resoluciones que destacamos están las siguientes: en septiembre de 2021, a partir del caso de Coahuila, la scjn declaró inconstitucional la penalización del aborto y la protección de la vida desde la concepción, priorizando el derecho a la autonomía reproductiva de las mujeres y quienes tienen posibilidad de gestar (scjn, 2021).

Un avance más en ese mismo año fue el pronunciamiento de la scjn en contra de la objeción de conciencia al señalar que ésta no puede implicar la negación de los servicios en las instituciones de salud; además, estableció su improcedencia cuando la negativa o postergación del servicio pudiese implicar o agravar un riesgo o producir daños a la salud, secuelas o discapacidades. La scjn reconoció también que las mujeres y personas con posibilidad de gestar de la diversidad sexual y de género son grupos particularmente discriminados cuyos dsr y de protección a la salud han sido vulnerados históricamente por distintos factores, entre ellos, las convicciones religiosas e ideológicas (scjn, 2021).

En 2023, la scjn se pronunció respecto a que el Congreso debía eliminar el aborto como delito en el Código

en los siguientes estados: Campeche, Chiapas, Chihuahua, Estado de México, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí, Tabasco, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas.

Penal Federal y a que todas las instituciones federales de salud debían proporcionar este servicio. También declaró inconstitucional el castigo a las personas que se practicaran un aborto y al personal de salud que colaborara en éste (SCJN, 2023).

Junto a estos avances legales, se han desarrollado instrumentos de política pública con el fin de establecer directrices, lineamientos o principios para la toma de decisiones y delinear las estrategias, acciones e intervenciones que las instituciones y profesionales de la salud realizan en materia de aborto. En 2020, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Sexual Reproductiva (CNEGSSR), un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud (SSA) federal que es responsable del diseño y monitoreo a nivel nacional de toda la política de salud sexual y reproductiva (SSR), publicó el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, el cual incorporó, por primera vez, un componente de AS.³ La inclusión de este componente permitió dar seguimiento a los recursos presupuestarios del Ramo 12 y las acciones específicas que la SSA federal destinaba y realizaba para tal fin.

Otro avance fue la publicación en 2021 del Lineamiento Técnico, emitido por el CNEGSSR, que establece criterios o directrices nacionales, basados en un enfoque de derechos humanos, de género y científico, sobre cómo se prestarán los servicios de AS en las distintas instituciones de salud pública federales. Algunas entidades, como Oaxaca, Veracruz, Guerrero, entre otras, han generado e implementado lineamientos técnicos

3 Los seis componentes del programa son Salud Materna, Salud Perinatal, Violencia de Género, Planificación Familiar y Anticoncepción, SSR para Adolescentes y Aborto Seguro.

a nivel local para la atención del AS, como parte de programas de SSR o en observancia de las leyes que despenalizan el aborto.

Además, en respuesta a distintos amparos promovidos por organizaciones de la sociedad civil para el cumplimiento de las resoluciones de la SCJN, dos de las instituciones de salud pública más importantes, por su número de derechohabientes han publicado normatividad específica para garantizar los SAS. En enero de 2025, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) publicó en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo que garantiza la aplicación del procedimiento para la ILE como un servicio más de salud del instituto. Por su parte, en marzo de 2026, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) anunció a través de sus distintas plataformas la emisión de la *Guía técnica para la interrupción legal del embarazo*, dirigida al personal de salud que dicta la manera en que se prestará este servicio en sus servicios de salud así como el directorio de unidades del IMSS que practican la ILE.⁴

Finalmente, existe la Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterio para la prevención y atención” (en adelante NOM 046), que establece la obligación del Estado y las instituciones de salud de garantizar la anticoncepción de emergencia o un proceso de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en sucesos de violencia sexual, delineando estándares de atención en estas situaciones.

⁴ En este sitio web pueden consultarse las unidades médicas del IMSS por estado que realizan la ILE <https://www.imss.gob.mx/directorio>

Más allá de lo legal: barreras institucionales y sociales para la garantía efectiva de un aborto seguro



Si bien hay avances legales en la despenalización, distintos informes e investigaciones revelan que el acceso efectivo al aborto enfrenta barreras como la ausencia de recursos presupuestarios suficientes, la escasez de insumos y medicamentos, la falta de personal de salud y acompañamiento insuficiente, infraestructura y servicios centralizados en sólo ciertas zonas geográficas, violencias, discriminación y racismo ejercido durante los procedimientos, la estigmatización y sanción social, objeción de conciencia del personal y, en muchos casos, la negación directa de una atención que debería garantizarse por ser un tema de salud pública (Cedeño, 2020; ILSB, 2025; Mano Vuelta et al., 2025; Mano Vuelta, 2021; Oropeza y Pérez, 2023). Estos obstáculos adquieren mayores dimensiones entre mujeres y personas con posibilidad de gestar que viven en zonas rurales, pertenecen a comunidades indíge-

nas o afromexicanas, jóvenes o menores de edad, o quienes forman parte de la diversidad sexo-genérica, funcional y lingüística, así como las personas migrantes, racializadas, en condición de pobreza, etcétera. A continuación, ahondaremos en algunos de estos desafíos y cuál es su impacto para el acceso a SAS.

SISTEMA DE SALUD DESFINANCIADO Y FRAGMENTADO EN MÉXICO

Históricamente, en México, el gasto en salud pública ha sido muy bajo. En promedio, ha rondado en el 3% del Producto Interno Bruto (PIB) cuando la recomendación internacional es que sea de al menos 6%. Esto ocasiona que haya muchas deficiencias y falta de cobertura adecuada y oportuna.

A este bajo financiamiento, se suma que, en nuestro país, no existe un sistema de salud universal, en su lugar, hay más de siete instituciones federales y muchas más locales que proveen servicios de salud para población con y sin seguridad social. Por ejemplo, el IMSS, el ISSSTE, los Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos (Pemex), el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), entre otras, brindan atención en salud para personas que laboran en el sector formal como parte de su esquema de seguridad social. Mientras que el IMSS-Bienestar y las Secretarías de Salud Estatales (SESA) brindan atención a las más de sesenta millones de personas que laboran en el sector informal y que no cuentan con

EL ACCESO AL ABORTO ENFRENTA LA AUSENCIA DE RECURSOS, POCO ACOMPAÑAMIENTO Y ESTIGMATIZACIÓN

acceso a la seguridad social (Benumea *et al.*, 2025).⁵ Históricamente, las instituciones de salud que atienden a la población con seguridad social (IMSS, ISSSTE, Pemex, ISSFAM) han tenido un presupuesto mayor y, por ende, mejor infraestructura, más personal médico y un catálogo y cobertura de medicamentos, tratamientos y padecimientos amplios. Mientras que instituciones que otorgan servicios de salud a la población que trabaja en la informalidad y está en mayor situación de marginación, como el IMSS-Bienestar o los SESA, tienen un menor presupuesto. Esto ha generado que, en nuestro país, exista una brecha y desigualdad en el acceso y los servicios de salud entre las poblaciones con y sin seguridad social. Esta brecha puede observarse, por ejemplo, en el gasto *per capita* de las instituciones. Mientras que el IMSS, la mayor institución de la

~~~~~  
5 En los últimos años, el sistema de salud para personas sin seguridad social ha sufrido múltiples transformaciones. Desde 2023 se intentó federalizar los servicios de salud, facultando al IMSS-Bienestar para proveer dichos servicios. A partir de entonces, 23 entidades firmaron un acuerdo con el gobierno federal para integrar sus sistemas de salud estatales al IMSS-Bienestar (Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Ciudad de México, Colima, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas). Tal concentración ha desdibujado a las entidades federativas en la provisión de servicios y ha disminuido la transparencia sobre la asignación y ejercicio de la totalidad de los recursos destinados a los servicios de aborto seguro.

seguridad social en México, asignará en 2026 \$7,169 por persona, el IMSS-Bienestar destinará sólo \$4,130 (Benumea *et al.*, 2025).

Un último desafío es que persiste una falta de acceso a servicios de salud por una gran parte de la población. Conviene destacar que, en 2024, a pesar de la existencia de instituciones de salud pública, 47.7 millones de personas en México no tenía acceso a ningún sistema de salud; de ese número, poco más de la mitad —50.86%— eran mujeres, según datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (INEGI, 2025). Esto muestra la desprotección en salud en que se encuentran muchas niñas, adolescentes, mujeres y personas con posibilidad de gestar.

El bajo financiamiento a la salud, la fragmentación del sistema y la falta de acceso imponen retos para la atención del aborto pues, aunque el Lineamiento Técnico es obligatorio para las principales instituciones de salud pública, la disparidad en infraestructura, personal, presupuestos, medicamentos e insumos disponibles, etcétera, puede afectar directamente el acceso o la provisión efectiva de este servicio.

EN MÉXICO NO EXISTE UN SISTEMA DE SALUD UNIVERSAL, SINO UNO FRAGMENTADO EN MÁS DE SIETE INSTITUCIONES

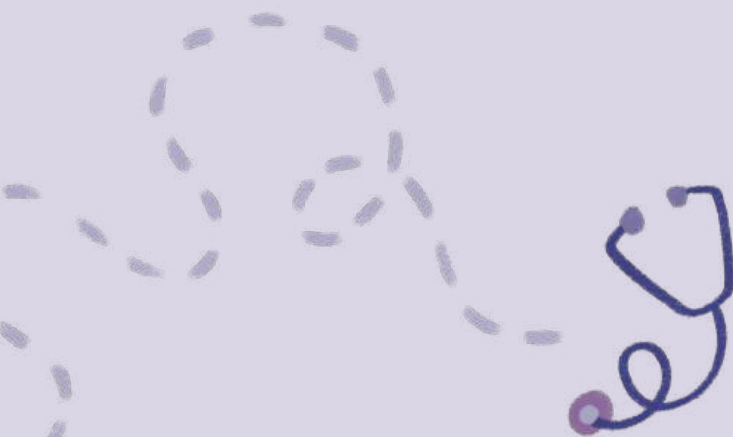


## DESAFÍOS PARA GARANTIZAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

A la fragmentación del sistema de salud, la desigualdad y la falta de acceso, se suma que los DSR de las adolescentes, mujeres y personas con posibilidad de gestar aún no están plenamente garantizados en México, como dan cuenta diversas estadísticas e indicadores. En cuanto a métodos antifecundativos, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2023, una de cada diez mujeres sexualmente activas que no deseaban embarazarse no utilizó algún método anticonceptivo (INEGI, 2024b). En 2023, además, sólo 66.9% de las adolescentes usó un método anticonceptivo en su primera relación (INEGI, 2024b).

El embarazo adolescente no planificado también prevalece, con una tasa de 50.6 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años. En 763 municipios (31% del total del país) la tasa supera la media nacional, con rangos entre los 67.19 y 248.14 nacimientos (Inmujeres, Segob y Conapo, 2025). La violencia obstétrica, entendida como tratos de crueldad, dureza y desconsideración, o bien, la omisión de cuidados del personal de salud hacia las mujeres en su último parto o cesárea persiste y revela violencia y discriminación institucional. Como muestra, 31% de las mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron un parto o cesárea en los últimos cinco años reportó haberla vivido (INEGI, 2024).





Finalmente, en 2025, la razón de mortalidad materna en México fue de 25 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, muertes que en su mayoría son evitables. Las brechas son marcadas entre entidades federativas: Chiapas y Veracruz, dos de los cinco estados con mayores porcentajes de pobreza en el país, se encuentran entre las cinco entidades que concentran el 39% de las defunciones maternas (SSA, 2025).

## SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DEL ABORTO SEGURO INSUFICIENTES Y CENTRALIZADOS

De acuerdo con la OMS y el Lineamiento Técnico, el procedimiento de aborto con medicamentos o el de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) son los más seguros para realizar una IVE y una interrupción legal del embarazo (ILE) en las primeras semanas, ya que representan un bajo riesgo de complicaciones para las usuarias.

EL ABORTO AÚN ES ESTIGMATIZADO POR LA CULTURA PATRIARCAL EN DONDE LA MATERNIDAD SE VE COMO UN DESTINO INEQUÍVOCO PARA LAS MUJERES

En México, el procedimiento de aborto es un servicio especializado que se provee sólo en ciertas unidades de salud de primer, segundo y tercer nivel, llamadas Servicios de Aborto Seguro (sas). En los últimos dos años, ha habido un aumento considerable en los sas disponibles. En mayo de 2024, existían 125, mientras que en julio de 2026 eran ya 405, como muestra la Tabla 1. El crecimiento en el número de estos servicios se explica por dos razones. En primer lugar, por el aumento en el número de estados en donde se ha despenalizado el aborto. En segundo lugar, porque instituciones como el IMSS, ISSSTE o Pemex comenzaron a brindar recientemente el servicio de ILE.<sup>6</sup>

Si bien el crecimiento en los sas es positivo y, sin duda, representa un avance, su número sigue siendo insuficiente, dada la diversidad geográfica de nuestro país y las realidades disímiles de las mujeres. Como se observa en la Tabla 1., el IMSS Bienestar concentra 42.5% de los sas (172 unidades médicas), el ISSSTE 32.8% (133), el IMSS Ordinario 13.3% (54), las Secretarías Estatales de Salud 9.4% (38) y Pemex 2% (8).

~~~~~  
6 Esta información fue obtenida del Directorio Nacional de Servicios de Aborto Seguro en las Instituciones Públicas de Salud publicado por el CNEGSSR y el Directorio del IMSS de unidades médicas que proveen la ILE. En el Anexo 1 se muestra una tabla de los sas por estado y por institución de salud que lo provee.

**TABLA 1. SERVICIOS DE ABORTO SEGURO
POR INSTITUCIÓN Y DÍAS DE SERVICIO**

Institución y días de atención	Núm. de SAS	Porcentaje
IMSS Bienestar	172	42.5%
Lunes a viernes	117	
Todos los días	38	
3 o 4 días a la semana	6	
Sin especificar	11	
ISSSTE	133	32.8%
Lunes a viernes	89	
Todos los días	44	
IMSS Ordinario	54	13.3%
Todos los días	44	
Lunes a viernes	8	
Sin especificar	2	
Secretaría Estatal de Salud	38	9.4%
Lunes a viernes	29	
Todos los días	6	
3 o 4 días a la semana	1	
Sin especificar	2	
Pemex	8	2%
Todos los días	8	
Total general	405	

Fuente: Elaboración propia con base en la información contenida en el Directorio Nacional de Servicios de Aborto Seguro en las Instituciones Públicas de Salud publicado por el CNEGSSR y el Directorio del IMSS de unidades médicas que proveen la ILE.

**TABLA 2. SERVICIOS DE ABORTO SEGURO
POR INSTITUCIÓN Y HORARIOS EN QUE
SE OFRECE EL SERVICIO**

Institución y turnos	Núm. de SAS servicios
IMSS Bienestar	172
Matutino	100
24 horas	31
Matutino y vespertino	13
Diverso según los días	9
Vespertino	9
sin especificar	9
nocturno	1
ISSSTE	133
Matutino y vespertino	88
24 horas	45
IMSS Ordinario	54
Matutino y vespertino	40
Matutino	14
Secretaría Estatal de Salud	38
Matutino	28
24 horas	6
Diverso según los días	4
Pemex	8
24 horas	8
Total general	405

Fuente: Elaboración propia con base en la información contenida en el Directorio Nacional de Servicios de Aborto Seguro en las Instituciones Públicas de Salud publicado por el CNEGSSR y el Directorio del IMSS de unidades médicas que proveen la ILE.

**TABLA 3. SERVICIOS DE ABORTO SEGURO POR TURNOS
EN QUE OFRECE EL SERVICIO**

Turnos que las instituciones están operando	No. De Servicios	Porcentaje
Turno matutino	142	35%
Turnos matutino y vespertino	141	35%
Todos los turnos	90	22%
Diversos turnos según los días	13	3%
Vespertino	9	2%
Sin especificar	9	2%
Nocturno	1	0%
	405	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la información contenida en el Directorio Nacional de Servicios de Aborto Seguro en las Instituciones Públicas de Salud publicado por el CNEGSSR y el Directorio del IMSS de unidades médicas que proveen la ILE.

Las tablas 1, 2. y 3. también muestran que los días y horarios en que se ofrece el ILE en las unidades es muy diverso. Respecto a los días, 60% ofrece el servicio exclusivamente de lunes a viernes, mientras que sólo 35% lo proporciona todos los días de la semana. Respecto a los horarios, 35% de los SAS (142) ofrecen el servicio sólo en turno matutino, 35% (141) en turno matutino y vespertino, mientras que sólo 22% (90) lo ofrecen las 24 horas. Destacamos que los días de servicio y horarios limitados pueden afectar la accesibilidad del servicio, ya que al estar dichas unidades localizadas en áreas metropolitanas o densamente pobladas, las usuarias tienen que viajar largos trayectos y corren el riesgo de no poder recibir el servicio el mismo día, si este se ofrece sólo en el turno matutino.

BARRERAS SOCIALES

El aborto aún es estigmatizado y sancionado como algo “inmoral” o “un crimen” por grandes sectores de la sociedad, a pesar de que en 25 entidades se ha logrado su despenalización y que la SCJN ha señalado que su criminalización es inconstitucional. Dos razones explican el estigma que prevalece sobre el aborto voluntario: la primera es la cultura patriarcal que aún predomina en nuestra sociedad y que perpetúa ciertos roles, en los que la “maternidad” se ve como un “destino” y un “camino inequívoco” para las mujeres. Por lo tanto, aquellas personas que deciden ejercer su autonomía reproductiva son señaladas y sancionadas socialmente por no querer cumplir con ese “mandato”. Este estigma social se refleja en los códigos penales de muchos estados donde el aborto aún se considera un delito. Así, es por medio de la ley que se busca criminalizar y castigar a aquellas mujeres y personas con posibilidad de gestar que quieran ejercer su autonomía reproductiva. De acuerdo con L. Cedeño, el estigma al aborto “permite analizar de manera crítica la construcción [social] de éste como algo patológico, ilegal e inmoral en distintos niveles que van desde lo personal hasta lo cultural (p. 91)”. El estigma genera una barrera real para acceder a un aborto, ya que las usuarias pueden tener miedo de ser criminalizadas si lo realizan.

La segunda razón tiene su raíz religiosa en el cristianismo, según el cual la vida comienza “desde la concepción”, por lo que un aborto voluntario se considera “un asesinato” y un “acto inmoral”. De ahí que grupos religiosos o contrarios a la autonomía reproductiva

se instalen afuera de clínicas intentando “disuadir” o “señalar” social y públicamente a las usuarias que quieren acceder a un aborto.

Estas creencias y convicciones permean al personal médico de las instituciones que se autoadscriben como “objetores de conciencia” y, por tanto, pueden decidir no realizar el procedimiento. Al respecto, la SCJN, la NOMo46 y el Lineamiento Técnico establecen que, si bien la objeción de conciencia es un derecho individual del personal médico, los establecimientos de salud pública deben, en todo momento, de contar con personal que no sea objetor de conciencia. Además, la objeción de conciencia no puede ser invocada cuando su ejercicio ponga en riesgo la vida de las usuarias debido a una urgencia médica.

PRESUPUESTO PÚBLICO LIMITADO Y FALTA DE RENDICIÓN DE CUENTAS PARA LA OPERACIÓN DE LA POLÍTICA DE ABORTO SEGURO

Con la incorporación en 2020 del componente de AS en la política de SSR fue posible, por primera vez, conocer los recursos del Ramo 12 Salud destinados a este propósito. Dichos recursos son asignados al CNEGSSR, quien a su vez los transfiere a las 32 entidades federativas para fortalecer las acciones en salud pública, en este caso, para AS.

Como se observa en la Gráfica 1, estos recursos han sido fluctuantes y no han sido progresivos. Esto es preocupante por dos razones: primero, porque el

número de estados en donde se ha despenalizado el aborto voluntario ha aumentado significativamente y, con ello, su obligación de proveer estos servicios, sin embargo, los recursos no han aumentado; segundo, porque la SSA no ha explicado esta decisión e incluso por qué en algunos años, como 2023 o 2024, tuvieron una caída drástica.

GRÁFICA 1. RECURSOS RAMO 12 PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL COMPONENTE DE ABORTO SEGURO. CIFRAS CONSTANTES 2026. EXPRESADAS EN MILLONES DE PESOS



Fuente: Elaboración propia con información obtenida a través de la respuesta a la solicitud de acceso a la información con número de folio 331001924000150 para los años 2020- 2023 y Segundo Convenio Modificadorio SaNAS 2024 -2025. Las cifras son constantes a 2026 y expresadas en millones de pesos.

La gráfica muestra que, en el periodo 2020-2025, el componente de AS del Ramo 12 contó con un total de 272 millones de pesos; 2025 fue el año que tuvo más recursos, con un monto de 91.46 millones de pesos, y 2024, el que menos, con 14.54 millones.

Destacamos que actualmente no es posible conocer el monto de recursos que el resto de las instituciones de salud —IMSS, ISSSTE, IMSS-Bienestar, ISSFAM y Pemex— asignan a los servicios de AS. A través de solicitudes de acceso a la información a nivel federal, en Fundar indagamos sobre cuántos recursos destinaron estas instituciones en los últimos años para financiar la atención del AS y nos respondieron que esa información era inexistente y no era posible conocerla. Lo anterior evidencia un problema de trazabilidad y rendición de cuentas, ya que esta falta de información impide conocer en qué medida se está garantizando el derecho al aborto seguro para las personas usuarias de este servicio.

Las barreras en el acceso y la cobertura, combinadas con problemas de trazabilidad y rendición de cuentas del gasto, así como el estigma social que aún impera sobre el aborto tienen impactos reales en los derechos de las mujeres y personas con posibilidad de gestar. Por ello, en Fundar consideramos importante escuchar cómo perciben las usuarias las condiciones actuales de los servicios de aborto, cuáles han sido sus experiencias y cuáles son sus necesidades para tener un acceso efectivo y seguro.

Estándares para el acceso al aborto seguro en México



EL CNEGSSR ESTABLECIÓ ESTÁNDARES QUE LAS INSTITUCIONES Y PROFESIONALES DEBEN DE SEGUIR



El Lineamiento Técnico, emitido por el CNEGSSR, dicta estándares que las instituciones y los profesionales de la salud pública deben cumplir en la provisión de los servicios de aborto seguro. En ese sentido, establece parámetros que las mujeres y personas con posibilidad de gestar pueden exigir en la atención. A continuación, presentamos los distintos elementos incluidos en este.

El Lineamiento Técnico establece cinco ejes transversales que guían la atención del as:

Eje transversal	¿Qué establece?	¿Cómo se aterriza en los servicios de aborto seguro?
Derechos humanos	Los DSR son parte fundamental del derecho a la salud.	Respeto a la autonomía en la toma de decisiones y el acceso a servicios de salud sin violencia, coacción ni discriminación. El acceso sin impedimentos a una serie de establecimientos, bienes, servicios e información.
Perspectiva de género	La igualdad de género se alcanza mediante políticas públicas y una participación igualitaria en todos los ámbitos de la sociedad.	Se prohíbe la violencia y la discriminación contra las mujeres en los servicios.
Interculturalidad	Visibiliza la diversidad de grupos sociales y promueve la igualdad de trato. Las instituciones de salud deben crear normas y programas adaptados culturalmente, mejorando así la atención médica.	El personal médico debe considerar que las experiencias sobre el aborto varían según las creencias religiosas y culturales de cada persona para brindar un servicio de salud sensible, integral y respetuoso.
Juventudes	Las niñas y adolescentes (NA) gozan de autonomía progresiva y pueden ejercer sus derechos, según su madurez y libertad individual.	La garantía de los DSR exige que el personal de salud respete sus decisiones informadas. Establece bases sobre el rol que juegan la familia, las escuelas y las instituciones como guías y facilitadores.

Justicia reproductiva	Todas las personas deben tener las condiciones sociales, políticas y económicas para la toma de decisiones sobre su cuerpo y sexualidad.	Exige que el Estado garantice condiciones equitativas, como educación sexual integral, el acceso a métodos anticonceptivos, la protección del derecho a decidir, y el acceso a servicios de salud disponibles, aceptables y de calidad. Prohibir el aborto viola los derechos humanos y equivale a tratos crueles, obligando a mantener embarazos no deseados.
-----------------------	--	--

El Lineamiento Técnico considera componentes del abordaje legal para el personal de los servicios de SSR, tanto la aplicación de la perspectiva de género como el enfoque de derechos humanos:

Componente	¿Qué establece?	¿Cómo se aterriza en los servicios de aborto seguro?
a) La atención con enfoque de derechos humanos.	Preferir y priorizar la norma o disposición jurídica que proteja a la persona de la manera más amplia, o bien, la que menos restrinja el goce de sus derechos.	Protege la autonomía reproductiva y garantiza la atención del aborto seguro. Las penas privativas de la libertad contra la mujer o persona con posibilidad de gestar que se practica un aborto y quienes le asisten son inconstitucionales.
b) Aborto seguro como una intervención para la protección de la salud integral.	La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social.	Las usuarias son sujetas de derechos y capaces de tomar decisiones de acuerdo con su propia percepción del riesgo.

c) Aborto seguro como derecho de las víctimas de violencia sexual.	La Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es un derecho de las víctimas de violación sexual de acuerdo con la Ley General de Víctimas y la NOM046-SSA2-2005.	Las y los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado, deben brindar servicios de IVE de manera inmediata. El único requisito es la solicitud escrita, bajo protesta de decir verdad, manifestando que el embarazo es producto de violación. En niñas menores de 12 años, la solicitud la realiza la madre y/o padre, tutor o autoridad competente.
d) ILE	Respeto a las reformas legales de diversas entidades para reconocer de manera explícita el derecho a la ILE.	En donde se ha despenalizado la ILE se garantizará que las NA, mujeres o personas gestantes puedan interrumpir su embarazo en las instituciones de salud pública de forma accesible, gratuita, confidencial, segura, expedita y no discriminatoria.
e) Causales en los códigos penales desde un enfoque de derechos humanos.	Considerar las sentencias de la SCJN que prohíben la criminalización del aborto a nivel federal y local y lo reconocen como un derecho.	El aborto seguro es un asunto de derechos humanos y de salud pública, de igualdad de género y de justicia social y no debe criminalizarse. Brindarle atención es una obligación de las autoridades de salud.
f) Consideraciones jurídicas en la atención a NA	Retomar el marco jurídico y los principios rectores del Estado mexicano en su actuación para promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de NA.	Promover la orientación sexual, prevenir embarazos tempranos, asegurar el acceso a anticonceptivos y prevenir enfermedades de transmisión sexual. Brindar servicios respetuosos durante el embarazo, parto y puerperio (postparto), así como atención a víctimas de violencia familiar y sexual. Prohibir la esterilización forzada y la violencia obstétrica, protegiendo especialmente a NA. Acceso a una IVE para NA víctimas de violencia sexual.

El personal de salud y las instituciones respetarán ciertos principios para garantizar que las usuarias accedan a servicios de AS de calidad de manera libre, oportuna, asequible y respetuosa y en ambiente de confianza y seguridad.

Principio	¿Qué establece?	¿Cómo se aterriza en los servicios de aborto seguro?
Respeto y protección	Debe garantizarse plenamente el ejercicio del derecho a la salud.	Las instituciones públicas o privadas y su personal no obstaculizarán, directa o indirectamente, el acceso a los servicios médicos, evitando actos ilegales, como pedir denuncias o permisos de terceros o causar demoras que pongan en riesgo el bienestar integral de las usuarias.
Oportunidad en la atención	Debe garantizarse el acceso a un aborto seguro y oportuno, proveyendo la infraestructura, insumos y personal capacitado para el servicio, así como informar y atender de manera expedita las causales legales (riesgo a la salud, violencia sexual y autonomía reproductiva).	Los SAS deben identificar las condiciones de vulnerabilidad de las usuarias y ofrecer servicios con pertinencia cultural, lo que requiere definir rutas de atención claras entre los distintos niveles médicos, contar con personal capacitado que brinde un trato humano y de calidad, y utilizar la mejor tecnología disponible.
Igualdad y equidad	Garantizar el derecho a la salud en igualdad de condiciones, eliminando barreras materiales.	Los SAS deben implementar estrategias con enfoque interseccional que brinden atención diferenciada y segura a poblaciones vulnerables, como NAMujeres indígenas, migrantes o personas con discapacidad.
No discriminación	Garantizar servicios de SSR sin discriminación y que sean accesibles y asequibles para todas las personas usuarias.	Negar estos servicios (cuando son legales) es un acto discriminatorio. Prohíbe también que el personal médico sufra discriminación por ejercer su derecho a brindar atención y consejería en AS.

Confidencialidad y privacidad	La privacidad y confidencialidad de la información de las usuarias debe garantizarse en todo momento y se compartirá sólo con su autorización previa y clara.	La usuaria puede estar acompañada por alguien de su confianza si lo desea. La intimidad de la paciente se asegurará en todo momento. El personal médico tiene la obligación de proteger los datos sensibles y compartir información clínica sólo si la usuaria otorga su permiso.
Seguridad	Garantiza un proceso médico libre de riesgos y estigmatización.	Se priorizará la integridad de la usuaria mediante espacios clínicos equipados, insumos adecuados y personal médico capacitado técnica e interpersonalmente.
Buen trato	El derecho a la salud incluye una atención digna y respetuosa, prohibiendo que el personal infrinja sufrimiento psíquico y moral.	Las mujeres y personas con capacidad de gestar que abortan recibirán un trato libre de estigma por el personal de salud.

El Lineamiento Técnico incorpora obligaciones éticas y profesionales que el personal debe respetar en su práctica para garantizar el acceso a servicios de salud seguros, oportunos y efectivos.

Obligación ética	¿Qué establece?	¿Cómo se aterriza en los servicios de aborto seguro?
Confidencialidad y la responsabilidad profesional.	Los servicios de salud deben garantizar el respeto a los derechos de las usuarias a la autonomía, intimidad, confidencialidad y consentimiento informado.	Las usuarias deben sentir la confianza de compartir toda la información necesaria, la cual no deberá ser difundida por el personal de salud. Su incumplimiento es causa de responsabilidad administrativa y se sancionará conforme a ley.
La objeción de conciencia en la atención del AS.	El personal de salud puede negarse a realizar este procedimiento cuando se oponga a sus convicciones religiosas, ideológicas, éticas o de conciencia.	No puede invocarse si está en peligro la vida de la usuaria, o para negar o retrasar la atención sanitaria y la provisión de información. No puede argumentarse a nivel institucional.
Regulación de la objeción de conciencia.	Ésta no puede impedir el acceso a los servicios de atención de la SSR, particularmente en situaciones urgentes o de emergencia.	Las instituciones de salud deben garantizar que haya personal suficiente que no es objetor de conciencia. Y si no es factible, debe remitirse a la usuaria a otra institución que cuente con personal no objetor. El personal objetor no puede emitir juicios de valor, discriminar vulnerar o intentar disuadir a las usuarias.

Respecto al manejo clínico, el Lineamiento establece criterios de atención que el personal médico debe implementar en los SAS:

Manejo clínico	¿Qué establece?	¿Cómo se aterriza en los servicios de aborto seguro?
Consejería	Los servicios deben crear un ambiente seguro y de confianza con las usuarias para brindar información en una relación horizontal con perspectiva de derechos, género, intercultural y juventudes.	El personal debe entender las circunstancias, necesidades y preferencias de la usuaria, validando sus sentimientos e inquietudes. Asegurar información pertinente sobre la atención antes, durante y después del procedimiento, sus opciones y características, duración, manejo del dolor, síntomas y signos de alarma y servicios disponibles en caso de emergencia.
Consentimiento informado.	Proceso clínico de comunicación continua en que el personal y la usuaria hacen ejecutable el derecho de una persona a decidir aceptar o no un procedimiento médico, que incorporará en el expediente clínico.	Las usuarias reciben información clara, veraz y científica, además resuelven dudas y miedos sobre los procedimientos, alternativas, riesgos y beneficios, para tomar decisiones, libres de coacción, siendo revocable en cualquier momento. En el caso de las usuarias con discapacidad, el consentimiento lo pueden otorgar su padre, madre o representantes legales y, en su ausencia, lo podrá hacer el personal médico autorizado, previa valoración del caso.

Manejo clínico.	Son las pautas de atención, los esquemas de manejo, las dosis y vías de administración, homogéneas, actualizadas y basadas en evidencia científica que cumplen con estándares nacionales e internacionales.	En el primer trimestre se prioriza el manejo ambulatorio y con régimen farmacológico siempre que sea posible y la usuaria cuente con un entorno que lo permita. Se incluye la opción de telemedicina como una alternativa con personal para proveer los SAS de forma parcial o en su totalidad. Se identifican posibles factores de riesgo que incrementen la probabilidad de complicaciones o la necesidad de manejo en un contexto presencial o supervisado.
------------------------	--	--

Fuente. Elaboración propias con información del Lineamiento Técnico.

Elementos esenciales del derecho a la salud

Además del Lineamiento Técnico, la oms también ha señalado que el derecho a la salud tiene cuatro elementos esenciales e interrelacionados, que el Estado debe garantizar en la atención, incluida la atención a la SSR.

Elemento esencial	Definición
Disponibilidad	Se relaciona con la necesidad de contar con un número suficiente de establecimientos en salud y bienes y servicios en funcionamiento para toda la población, considerando sus distintas características (edad, género, ubicación geográfica, características epidemiológicas, nivel socioeconómico, entre otros).
Accesibilidad	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance real y ser accesibles para todas las personas. Tiene cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física y geográfica, accesibilidad económica y accesibilidad de la información sobre la atención y los tratamientos.



Aceptabilidad	Implica que los establecimientos, bienes, servicios y programas de salud se centren en la persona y respondan a las necesidades de diversos grupos de población, respetando la ética médica y lo apropiado desde un punto de vista cultural, así como a la sensibilidad hacia las cuestiones de género.
Calidad	Se refiere a que los servicios de salud sean seguros, eficaces, centrados en la persona, oportunos, equitativos, integrados, eficientes.

Fuente: Derechos humanos, Nota Descriptiva, OMS, 01 de diciembre de 2023.

Para analizar las experiencias de las entrevistadas sobre aborto tomamos como base el modelo y los estándares de atención definidos en el Lineamiento Técnico y los cuatro elementos del derecho a la salud de la OMS, descritos anteriormente.

Análisis de las experiencias de aborto seguro



DISPONIBILIDAD

La disponibilidad, en papel, se mide con números: cuántos centros existen, cuántos medicamentos hay, cuántas manos médicas están listas para atender. Es una categoría técnica que permite evaluar si el sistema de salud cuenta con establecimientos, personal, insumos y servicios suficientes para garantizar el derecho al servicio de aborto seguro. Pero en la vida cotidiana de las mujeres, la disponibilidad se enfrenta en trayectos largos, puertas cerradas y desabasto al surtir sus recetas, así como en la falta de insumos para realizar la AMEU.

Para muchas de las mujeres entrevistadas, la falta de disponibilidad es evidente desde el primer intento de buscar atención, en la dificultad para llegar geográficamente a los servicios de aborto seguro. Así lo narra Itzel durante su entrevista: “hay muy pocas clínicas ahorita en donde puedas abortar, entonces para la mayoría

de las personas es complicado trasladarse porque, por lo regular, esas clínicas quedan muy lejos y pues luego no tienen a alguien que las acompañe también.”

Como se señaló antes, aunque existen 405 SAS en todo México, resultan insuficientes para un país tan extenso, además porque están concentrados en zonas urbanas o en lugares densamente poblados, lejos de comunidades rurales o colonias periféricas. Lo que para el diseño institucional es “cobertura” y “disponibilidad”, en la práctica se convierte en kilómetros por recorrer, dinero que no se tiene y espacios de salud en los que, además, no se confía: “hacen falta clínicas seguras, médicos que sepan, destinar un presupuesto porque las clínicas de la Ciudad de México dejan mucho que desear”, cuenta Ivone. Para ella, como para muchas otras, el problema radica en que existen pocas clínicas, así como en la dificultad para llegar a una o en las carencias que padecen. La disponibilidad, entonces, no es sólo la presencia física del servicio, sino la posibilidad real de acceder a él sin poner en riesgo el trabajo, el cuidado de otras personas o la propia seguridad. A veces, el primer obstáculo es contar con los recursos para poder llegar a uno de estos servicios ubicados a horas de distancia.

La escasez no termina en la ubicación de los centros. Incluso cuando se logra llegar, los servicios no siempre están completos. Medicamentos fundamentales, como el misoprostol o la mifepristona, o los insumos para realizar la AMEU suelen no estar disponibles. Yara lo resume con claridad: “A veces no tienen el material para poder realizar un aborto y eso es bastante complicado

para alguien que a lo mejor no tiene derecho de ir a otra clínica”. La falta de insumos expone una contradicción central: el derecho existe, pero su ejercicio depende de si hay recursos presupuestarios suficientes, una adecuada y oportuna distribución de insumos, materiales y medicamentos, y del lugar o zona donde vives, porque cuando los medicamentos faltan, el costo se traslada a las usuarias. Aunque la ley señala que el servicio es público y gratuito, con frecuencia las usuarias deben cubrir con recursos propios aquello que el sistema no garantiza. A esto se suman instalaciones deterioradas, personal insuficiente y no objetor de conciencia, presupuestos limitados, que son señales de una política pública que reconoce el derecho, pero no lo respalda plenamente en su ejercicio.

ACCESIBILIDAD

La accesibilidad real implica derribar o sortear las diversas barreras físicas, geográficas, económicas, culturales o sociales que impiden a las mujeres y personas con posibilidad de gestar ejercer su derecho.

UNA POLÍTICA PÚBLICA QUE RECONOCE EL DERECHO, PERO NO GARANTIZA SU EJERCICIO

Las experiencias recabadas muestran que, a pesar de la despenalización, prevalecen las barreras sociales. Estas se expresan en la presencia física de grupos antiderechos en las cercanías de los servicios, que pueden intimidar o disuadir a potenciales usuarias, así como el personal médico o administrativo objetor de conciencia que intenta disuadirlas de su decisión, proponiéndoles otras opciones como continuar con el embarazo o, la adopción. Para ellas, estas prácticas perpetúan el estigma y representan formas de acoso, precisamente en un momento en que están vulnerables.

Blanca lo narra de esta forma: “El acoso de los grupos conservadores fuera de hospitales es algo que es importante estar señalando y preparando a la gente que va, sobre todo a las mujeres que van con muchas dudas. No es una decisión tan fácil para muchas y que te encuentres este tipo de desinformación, es algo grave que se tiene que atender”.

Los turnos limitados también afectan la accesibilidad pues, la mayoría de las veces, no se ajustan a las necesidades y realidades de las usuarias, impidiéndoles ejercer su derecho. Alma centra su experiencia en la dificultad para acceder a un turno, pues están limitados a un número máximo por día y son repartidos por la mañana muy temprano. Para conseguir uno, las mujeres deben salir de su hogar o comunidad por la madrugada y, cuando no lo alcanzan, deben regresar otro día, lo que implica buscar un hospedaje o pagar otro pasaje para volver, lo cual representa una dificultad si hay escasez de recursos económicos o existen impedimentos por situaciones de trabajo, educativas o de cuidado de otras personas. Ante esto, algunas usuarias deciden

no regresar y otras, cuando por fin lo hacen, descubren que ya se pasó el término de 12 semanas y perdieron la posibilidad de acceder a su derecho.

Alma lo describe así: “yo creo que [debe promoverse] un acceso más fácil para todas porque las instituciones que tienen [servicios de aborto] están súper lejos, hay personas que no tienen ni siquiera los recursos para poder ir hasta ese lugar y todavía te piden que llegues casi, casi a las cuatro de la mañana, de la madrugada, para que te puedan atender o puedas alcanzar un lugar, yo creo que deberían de dar muchísimos más lugares y debería de haber más instituciones que estén cerca de ciertos puntos y no tanto céntricos para que haya más mujeres que tengan la posibilidad de acceder a un aborto seguro”.

Otras entrevistadas señalan la lejanía geográfica de los servicios como un impedimento importante para el acceso. Actualmente, son las usuarias quienes deben trasladarse largas distancias a un servicio, cuando este podría proveerse en el centro de salud más cercano a ellas como una intervención más de la atención integral en SSR. Elisa lo manifiesta así: “O sea que puedas hacerlo en todos lados, en un Centro de salud, en una Unidad Médica Familiar [...] y que pudieran en esos mismos centros [...] estar temas de educación sexual integral de anticoncepción, etcétera, para que la atención pudiera ser de manera integral”.

Desde la perspectiva de las entrevistadas, otras barreras son la escasa información sobre cómo acceder al servicio y las opciones del procedimiento de aborto (por ejemplo, métodos para realizarlo, seguridad y

OTRAS BARRERAS IMPORTANTES SON LA ESCASA INFORMACIÓN PARA ACCEDER AL SERVICIO



efectividad, etcétera), así como la falta de personal sensibilizado y capacitado. Sucede que cuando una mujer o persona con posibilidad de gestar solicita información en los servicios de salud esta es escasa o no siempre se proporciona con una perspectiva in-

tercultural, de género o de derechos humanos. Esto las orilla a buscar información y resolver dudas en sitios de organizaciones o redes, en lugar de recibirla por parte del personal de salud sensibilizado con el proceso que están experimentando.

Cinthia lo describe de esta manera: “en los estados donde se ha despenalizado, falta descentralizar los servicios, no solamente los de aborto sino también los de salud sexual y reproductiva, mayor difusión también con un enfoque de interculturalidad para que haya acceso a la información de una diversidad de personas y pues también que se haga en un marco de respeto al Estado laico, porque nos hemos dado cuenta justo de cómo el quehacer público de muchas funcionarias y funcionarios públicos puede ser un obstáculo para acceder a temas de salud sexual y reproductiva”.

Por su parte, Mayra también identifica la falta de información y de sensibilización del personal como barreras difíciles de franquear: “Principalmente que capaciten a todo su personal porque, aunque nosotros tengamos el acceso, las condiciones no son las óptimas, muchas veces nos presentamos en los centros de salud o de atención donde hacen el aborto y el trato que nos dan y la información que nos brindan es muy precaria. Hay más información en redes sociales que en estas propias instituciones. También que el personal sea empático con las mujeres, tanto personal masculino como femenino, porque cuando uno va a pedir información no existe la empatía”.

CALIDAD

Realizar un aborto es un proceso emocional complejo por el estigma social y las barreras económicas, geográficas, entre otras, que se enfrentan. Sin embargo, para las entrevistadas, una vez tomada la decisión, aparecen otros factores igualmente importantes, como la eficacia del método utilizado, la minimización de los riesgos y la calidez del trato de quienes te atenderán. Por ello, la calidad es un componente esencial en los servicios, pues determina qué tan seguras y satisfechas se sentirán las usuarias y en qué medida percibirán que la atención consideró sus necesidades, realidades y características (edad, etnia, discapacidad, ubicación geográfica o situación socioeconómica).

En términos de eficacia y seguridad, el Lineamiento Técnico señala que la AMEU y la interrupción con medicamentos (misoprostol y mifepristona) son las formas más seguras para abortar y que se apegan a las recomendaciones de la oms. Según Data Cívica y Abortistas, de 2020 a 2025, la mayoría de los abortos realizados en México, 67%, se hicieron mediante el uso de medicamentos, sin embargo, en algunas instituciones aún se sigue utilizando el legrado uterino instrumental (LIU), un método más invasivo y no recomendado por la oms por generar mayores riesgos (Data Cívica y Abortistas, 2025).

Para las entrevistadas, tanto la seguridad del método como la calidad son indispensables. La calidad incluye garantizar un espacio seguro, la disponibilidad de los medicamentos o insumos necesarios y una atención

integral, con un acompañamiento psicoemocional de todo el proceso. Leonor lo describe así: “Las instituciones de salud deberían garantizar un espacio seguro, los medicamentos para poder propiciar el aborto; también, si no es por medicamento, pues los métodos que sean necesarios, todo el medicamento, el tratamiento incluso post”.

La calidad implica contar con información confiable, acceso real a medicamentos y un trato digno. Por ejemplo, Griselle considera que “para acceder al aborto, el Estado debe garantizar información confiable, de calidad, medicinas, que el misoprostol sea algo a lo que podamos acceder [...] algo que podamos encontrar sin tener que hacer una búsqueda exhaustiva y confidencialidad, también un trato respetuoso y sobre todo concientización del personal médico”.

Para algunas mujeres, el acceso a la información sobre los servicios, horarios, requisitos, tratamientos y sus efectos es tan importante como su socialización. La información debe presentarse en formatos accesibles para las usuarias, acercarse a los espacios que ellas frecuentan y difundirse ampliamente en la comunidad, favoreciendo así la erradicación de los juicios y estigmas sociales. De acuerdo con Lilian: “Creo que es importante el que se haga una difusión y se dé información sobre dónde podemos acceder a servicios de aborto [y] que haya una atención integral e interseccional para que todas las mujeres y [personas con] capacidad de gestar tengan los servicios de manera integral”.

EL ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA ES TAN IMPORTANTE COMO SU SOCIALIZACIÓN

También se identificó la importancia de que el personal de salud respete y garantice la confidencialidad de la información. Por ejemplo, Grisela apunta que “una de las condiciones que debe garantizar el Estado para acceder al aborto seguro es información confiable de calidad[...], algo que podamos encontrar sin tener que hacer una búsqueda exhaustiva y confidencialidad[...].

Para Elisa, la calidad tiene que ver con la sensibilización y capacitación del personal para evitar situaciones de violencia: “Las instituciones de salud deberían de garantizar que haya personal capacitado porque hay muchísimas personas que, por sus ideologías, no están capacitadas para brindar la atención oportuna y de calidad. También hay muchos casos de violencia obstétrica alrededor del aborto. Entonces se debería tener más información, más capacitación, como una perspectiva realmente de derechos humanos y de género en el personal”.

ACEPTABILIDAD

Para las mujeres, la aceptabilidad es un aspecto simbólico profundamente relevante porque implica que la atención responda y esté construida a partir de sus necesidades. En el caso de los pueblos indígenas o afroamericanos, significa que los servicios respeten sus cosmovisiones, significados y prácticas. Ellas consideran necesario que la atención del aborto se brinde con un enfoque intercultural, de género y de derechos humanos, lo cual sería posible si las instituciones promovieran o tuvieran una vinculación más estrecha con la comunidad. Los servicios de salud podrían aprender y retomar mecanismos y formas de acompañamiento de actrices locales clave, como las parteras y las redes de acompañantes, que tienen conocimiento de la zona, de las necesidades de las mujeres y personas que están gestando y del proceso emocional que implica el aborto. Por ejemplo, Berta narra cómo las condiciones materiales son tan importantes como la atención cercana: “Independientemente de la infraestructura, independientemente de sensibilización médica [...] sería muy interesante que hubiera, así como en algunas zonas las instituciones trabajan con las parteras, que las instituciones tuvieran contacto con las compas que están organizadas para hacer acompañamiento. Sería una excelente combinación porque sí, los médicos y las médicas saben su chamba en ese terreno, pero abortar es complejo en muchos sentidos”.

Las entrevistadas afirman que la aceptabilidad se relaciona asimismo con la recuperación de las técnicas y los conocimientos ancestrales sobre el autocuidado,

que se materializan en la medicina tradicional y en sus distintas técnicas de cuidado con semillas y plantas que las hace sentir mejor. Claudia destaca la importancia de que la atención incorpore técnicas de autocuidado de la medicina tradicional: “A lo mejor tú estás en el centro de salud y [...] todo está muy centrado a lo médico, pero no a otras condiciones que son importantes, como el hablar o como el uso de hierbas, o los costalitos de semillas que pueden recomfortarte y que no necesariamente cumplen con las condiciones del sector de salud. Cuando hablamos de salud tendríamos que empezar a hablar de otras dimensiones y otros esquemas más allá de lo institucional”.

En las secciones anteriores, se evaluaron los cuatro estándares del derecho a la salud en los servicios de aborto —disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad—, a la luz de los testimonios de varias mujeres, porque son ellas quienes utilizan e interactúan con los servicios de aborto seguro. En conclusión, para ellas, debe garantizar condiciones materiales, sociales, jurídicas y simbólicas para su acceso pleno, además de una perspectiva de género e intercultural, como a continuación se describe:

Condiciones sociales: el aborto debe estar libre de estigmas sociales y de juicios; y el personal de los servicios de salud, sean públicos o privados, debe proporcionarlo con pleno respeto a las decisiones de las usuarias. Los servicios de salud tendrían que proveer información de calidad y de fácil acceso para las usuarias, acercándola incluso a los lugares que ellas frecuentan y difundiéndola de forma amplia en la comunidad.

UN ABORTO SEGURO DEBE GARANTIZAR CONDICIONES DIGNAS PARA SU ACCESO PLENO



1. **Condiciones materiales:** los servicios de aborto deben contar con los insumos, medicamentos y personal necesario para brindar una atención integral y gratuita, centrada en las usuarias. Deben ser espacios limpios y seguros y, para permitir una accesibilidad real, es conveniente seguir ampliando su número, así como garantizar que la cantidad de turnos no sea un impedimento para recibir la atención. Incluso, sería deseable que, en un futuro cercano, este sea un servicio que se provea en cualquier centro de salud, con el objetivo de que las mujeres y personas con posibilidad de gestar realmente puedan acceder a él.
2. **Condiciones jurídicas:** las instituciones y el personal de salud deben garantizar el derecho al aborto, así como evitar situaciones de criminalización, violencia institucional u obstétrica o de negación del servicio.



3. **Condiciones de autocuidado:** los procesos de aborto deben ser incluyentes, acompañados, amorosos y respetuosos del contexto. El personal debe estar capacitado y sensibilizado en perspectiva de género e interculturalidad, así como en un trato digno y sin discriminación. El contexto de las comunidades, los conocimientos locales y la medicina tradicional pueden integrarse para fortalecer y enriquecer la atención del aborto.

Percepción de espacios seguros para abortar



Un elemento más en el que profundizamos a través de las entrevistas con usuarias es el lugar o espacio donde deciden abortar, sea este una institución de salud pública, un servicio o atención privada o un espacio personal como su casa.

Una vez tomada la decisión de interrumpir un embarazo, las mujeres o personas con posibilidad de gestar determinan el lugar y la forma más adecuada y accesible para practicárselo, según su realidad. Esto implica hacer una serie de evaluaciones donde las posibilidades económicas y de tiempo, las necesidades, el acceso a la información y las distancias geográficas cobran especial relevancia. El aborto es un proceso complejo que involucra factores biológicos, sociales, legales y emocionales, en el cual la percepción de seguridad resulta determinante para las usuarias al momento de elegir dónde y con quién acompañarán este procedimiento. Al preguntarles a las entrevistadas dónde acudirían a realizarse un aborto, la casa fue la alternativa más mencionada, seguida de un servicio de

salud privado, mientras que el sistema de salud pública fue la opción menos preferida.⁷ Estos testimonios nos permiten comprender cuáles son los elementos que garantizan la sensación de seguridad para las mujeres y personas con posibilidad de gestar e identificar en qué espacio y en qué condiciones pueden encontrarlos.

EN CASA

En América Latina, la realización de un aborto en casa mediante el uso de ciertos métodos es un saber que ha trascendido de generación en generación, principalmente entre mujeres indígenas y afrodescendientes. En la década de los ochenta, las mujeres afrobrasileñas observaron y divulgaron que el Cytotec, el nombre comercial del misoprostol, un medicamento originalmente creado para el tratamiento de úlceras gástricas, tenía efectos abortivos (Martínez y Simstrom, 2025.) Estos antecedentes fueron importantes al permitir a personas interrumpir sus embarazos sin la necesidad de acudir a servicios de salud. Desde entonces, son las organizaciones feministas las que, frente a la ausencia del Estado y en contextos adversos donde el aborto aún es social y penalmente perseguido y estigmatizado, asumen de manera voluntaria la creación de redes de acompañamiento y difusión de este método, aunque eso signifique riesgos de ser criminalizadas y sumar

7 En las siguientes páginas presentaremos los hallazgos sobre el lugar donde preferirían realizarse un aborto en el orden de prioridad en el que las entrevistadas lo mencionaron, a saber, casa, servicio de salud privado y servicio de salud público.

nuevas labores de cuidados con efectos físicos y emocionales significativos. El objetivo es claro, aun cuando las instituciones de salud pública nieguen este servicio, cualquiera que decida interrumpir su embarazo pueda hacerlo con el menor riesgo y de forma acompañada.

Actualmente, existen diversas redes, colectivas u organizaciones reconocidas que acompañan y guían a las mujeres y personas gestantes en su proceso de aborto, facilitando incluso el acceso a medicamentos. Sus estrategias de difusión y capacitación han sido tan efectivas que, en muchos casos, el acompañamiento se realiza directamente entre amigas con conocimientos del tema, sin necesidad de intermediarios.

La mayoría de las entrevistadas preferiría abortar en su casa, por la posibilidad de tener acompañamiento, seguimiento integral y apoyo emocional continuo y cercano por parte de redes, colectivas o de amigas durante todo el proceso. Paulina afirma que ella abortaría “con personas que tengan el conocimiento, aunque no pertenezcan al sector salud y con amigas. Porque a veces creo que con los doctores o en las clínicas privadas, hay esto, así como [...] ‘ah, bueno, tómate esto y pues, ya vete a tu casa, descansa y sigue las indicaciones’, pero hay muchas otras cosas que quedan fuera ¿no? como el acompañamiento, como saber que alguien va a



estar ahí todo el proceso, como que no sólo te van a mandar a tu casa y a descansar. A lo mejor quieres hablar y desahogarte”.

Realizar un aborto en casa les permite tener un seguimiento cercano y con calidez de acompañantas o amigas, librándose del estigma social que podrían experimentar en un servicio de salud. Alma lo describe así: “Por experiencia de una tercera, me sentiría más segura con mis amigas, porque las instituciones no sirven de mucho, se basan todavía muchísimo en sus creencias católicas, realmente te cuestionan muchísimo el porqué lo vas a hacer, que si prefieres darlo en adopción, pues yo creo que sí tiene mucha deficiencia en ese sentido el sistema de salud”.

Por su parte, Patricia también destaca la importancia de un acompañamiento cercano y sin estigma: “[yo abortaría] con mis amigas y con colectivas acompañantas, porque [...] yo sé que ellas no me van a juzgar, y yo sé que ellas van a ver a toda costa por mi bienestar a diferencia de las instituciones que tienen que ver más por el bienestar del negocio, por el bienestar de lo que sea que ellos persigan ¿sabes? No es tanto como esta cercanía que puedes tener con los colectivos y con tus amigas”.

Para otras, la decisión de realizar un aborto acompañado en casa proviene de malas experiencias personales o de amigas en el sistema de salud pública o de la desconfianza que aún inspiran estos servicios. Andrea lo narra así: “He visto muchos casos donde justo el personal de salud no ha sido muy bueno y han dado indicaciones de aborto con medicamento, bastante

mal [...] a una chica le dijeron que tenía que masticar el medicamento, [...] a otra chica únicamente le dieron una dosis. [Hay] mucha desinformación del propio personal de salud. Creo que es muy importante que sepan de los protocolos y que los hagan bien”. Shelma también abortaría con acompañantes por el miedo que aún generan las instituciones: “Yo creo que [abortaría] con acompañantes [...] lo pienso desde ahí, como el miedo a las instituciones de que te nieguen el servicio o que no te lo hagan chido”.

En suma, realizar un aborto en casa es una opción viable para las usuarias porque consideran su hogar como un espacio cómodo y seguro, donde se libran del cuestionamiento, el estigma social y donde pueden estar acompañadas y cuidadas.

EN EL SISTEMA DE SALUD PRIVADO

La demanda y los vacíos en los servicios públicos propiciaron la aparición de dos nuevas formas de acceso al aborto: clínicas especializadas privadas, que se han expandido conforme cambian las leyes estatales, y la práctica por personal médico en sus consultorios privados.

El servicio privado fue la segunda opción elegida por las mujeres entrevistadas por diversas razones. En primer lugar, al igual que en el aborto en casa, consideran que un servicio privado les ofrece la posibilidad de estar acompañadas por amigas, quienes les brindan un apoyo emocional que necesitan. Constanza lo describe así:

“Yo abortaría en un centro privado y buscaría amigos que me puedan acompañar, la verdad no he tenido muchas buenas experiencias con la salud pública [...] entonces no confío tanto en ella. También es un hecho que conozco más casos de gente que fue agredida en clínicas públicas que en clínicas privadas. Entonces definitivamente tendría que inclinarme por lo privado y en compañía de amigos”. Itzel también considera que un lugar privado donde pueda estar acompañada le generaría mayor seguridad: “Me sentiría más segura yendo acompañada de mis amigas a un lugar

más privado, cuando en realidad no debería de ser así, deberíamos de sentirnos seguras yendo a un lugar público y que el gobierno nos dé esa alternativa”.



En segundo lugar, varias de las entrevistadas señalaron que en el sistema de salud privado es menos probable que reciban malos tratos o enfrenten estigmas que las hagan sentir juzgadas. Lilita considera que: “lo haría en un centro privado donde me sentiría más cómoda porque sería un poco más ¿discreto? Y si no quisiera que alguien me juzgue, y si se pudiera, pues también con mis amigos, bueno, hay algunas fundaciones que se encargan de esto, que te acompañan ya sea en video llamadas o presenciales [...] entonces sería eso”. Y si bien la mayoría de las entrevistadas consideran que en un servicio privado serían menos juzgadas, algunas señalaron que el cuestionamiento a su decisión prevalece también en establecimientos privados porque el estigma está generalizado en la sociedad y, con frecuencia, en las y los profesionales de la salud.

En tercer lugar, varias entrevistadas consideran que un servicio privado puede brindarles, mejores condiciones y un seguimiento más integral que incluya, por ejemplo, atención psicológica. Emily señala: “elegiría un centro privado porque creo que un centro de salud público no te garantiza un buen trato, un entendimiento, no hay un seguimiento psicológico porque creo que abortar es demasiado fuerte y no cualquiera tiene este acceso”. Renata también lo percibe así: “Preferiría un centro privado porque poder elegir quiénes lo harán te garantiza mejores condiciones, seguimiento y no te sentirás juzgada”. Aylin confirma esta percepción respecto a que los centros privados cuentan con más herramientas: “[Me realizaría un aborto] en un centro privado, yo creo. Pues, no sé, siento que tienen [...] tal vez más herramientas para poder llevarlo a cabo”.

Puesto que los servicios privados son opciones viables para las mujeres y personas con posibilidad de gestar, resulta indispensable que el gobierno los regule y vigile con rigor. Este sector ofrece una amplia gama de servicios de aborto que varían en costos, tipo de anestesia y modalidad (presencial o en línea); no obstante, en ellos también se pueden presentar estigma social.

EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO

Los servicios públicos de aborto seguro son aquellos que proporcionan las instituciones del Estado. Por tanto, el personal que realiza el procedimiento, el instrumental y los medicamentos provienen de recursos públicos, de manera que deben respetar el Lineamiento Técnico. Estos servicios de aborto seguro se ofrecen principalmente en Hospitales Generales y Maternos, ubicados en su mayoría en las capitales o cabeceras municipales, aunque también se ofrece en un número limitado de centros de salud.

Como se señaló anteriormente, de acuerdo con el Lineamiento Técnico y la NOMo46, entre las características que debería tener la ILE y la IVE practicadas en los servicios públicos, se encuentran las consejerías, el uso de métodos poco invasivos, el manejo adecuado del dolor y el acceso a la anticoncepción posterior a la interrupción de embarazo,⁸ entre otros, así como

⁸ Esta última sólo en caso de solicitarse, pues existen testimonios de intentos de coerción y colocación de métodos anticonceptivos sin consentimiento tras procedimientos de aborto.

el apego a los derechos humanos, la perspectiva de género, intercultural y de juventudes.

Sin embargo, los desafíos abordados —como las desigualdades, la objeción de conciencia del personal de salud, la centralización de los servicios en zonas urbanas o densamente pobladas, los bajos recursos asignados, la falta de insumos y medicamentos y el estigma social, entre otras causas— dificultan la correcta implementación del marco normativo y de la política pública. Esto genera grandes brechas en el acceso a este derecho, sobre todo para quienes que habitan en la periferia. Precisamente por ello, de las 43 entrevistadas, sólo tres optarían por realizarse un aborto seguro en los servicios de salud pública.

Aquellas mujeres que sí utilizarían estos servicios para interrumpir un embarazo lo harían debido a la percepción de que, ante cualquier complicación, éstos cuentan con la infraestructura, el personal y los insumos necesarios para resolverla. Por ejemplo, Gabriela señala que “abortaría en un centro de salud público porque, si se complica, tal vez en un centro privado no habría condiciones”. Para otras, como Yara, los servicios públicos de salud son una opción porque tuvo una buena experiencia por su trato y gratuidad: “A mí me tocó una vez fui a un centro de salud, me atendieron bastante bien, pero no todos los centros de salud tienen estas mismas oportunidades, creo que los hospitales privados por lo general son muy costosos y no son accesibles para todos, yo personalmente me sentí muy segura yendo con mi prima a un centro de salud”.

En suma, de los testimonios recabados, la opción más segura para las mujeres es realizarse el procedimiento de aborto en su casa, con medicamentos, acompañadas de amigas y con la posibilidad de usar medicinas tradicionales para el dolor. Como segunda opción están los servicios privados, pues por el hecho de pagarlos, se percibe que pueden recibir un mejor trato y estar acompañadas. Los servicios públicos de salud fueron la última opción elegida, sin embargo, varias entrevistadas mencionaron que estos tienen la ventaja de contar con personal, infraestructura e insumos para atender cualquier emergencia y son gratuitos. Los procesos de aborto deben estar libres de estigma social y el Estado debe garantizar las condiciones para que ellas se sientan seguras de su decisión y reciban una atención integral, con perspectiva de derechos humanos, de género intercultural, justicia reproductiva y de juventudes. De igual forma, es obligación del Estado garantizar los recursos presupuestarios, el personal y los insumos necesarios para operar los servicios de salud públicos, así como propiciar las condiciones para facilitar un acceso real a las mujeres y personas con posibilidad de gestar. Esto permitiría que, en un futuro, más de ellas percibieran a los servicios públicos de salud como una opción viable para realizarse un aborto seguro.



Conclusiones y recomendaciones



Estas 43 entrevistas, realizadas principalmente a mujeres de la Ciudad de México y del Estado de México, permitieron conocer sus experiencias en torno al derecho a decidir. Asimismo, dan cuenta de las limitantes actuales en los servicios públicos de aborto seguro. Entre ellas destacan la distancia geográfica —provocada por la centralización en zonas urbanas altamente pobladas— que impide a muchas mujeres y personas con posibilidad de gestar acceder a estos servicios y el número limitado de turnos y horarios disponibles. Además, a pesar de la despenalización legal, se percibe que prevalecen juicios sociales que estigmatizan a las mujeres y personas con posibilidad de gestar que deciden abortar. Incluso, el estigma y los cuestionamientos a sus decisiones pueden provenir del propio personal médico y administrativo.

Sus experiencias con los servicios de salud pública revelaron la falta de financiamiento a estos servicios ocasionando escasez de insumos y personal médico, lo cual impacta sus derechos. Las entrevistadas coinciden en la necesidad de mayor presupuesto y de protocolos y prácticas en los servicios de salud que, basados en un enfoque de derechos humanos, de género e interseccional, permitan garantizar este derecho a las

mujeres y personas con posibilidad de gestar, libre de estigmas y con pleno respeto a su decisión y proceso.

Los testimonios revelan que tomar la decisión de abortar no siempre es fácil, por tanto —una vez que lo han hecho— necesitan estar acompañadas, sentirse seguras y respeto a su autonomía. Destacamos que, independientemente del sitio donde se decida hacer el aborto —en casa, servicios privados o públicos—, las mujeres mencionan la importancia de estar acompañadas por personas cercanas (familiares, amistades, parejas) porque eso les daría una mayor seguridad sobre su decisión y la sensación de recibir mejores cuidados durante el proceso.

Las experiencias revelaron, además, que aún persiste una falta de sensibilidad del personal de salud, malos tratos y juicios sociales que generan violencias contra las mujeres y personas con posibilidad de gestar, afectando sus derechos. Para ellas, es importante que durante los procesos de aborto reciban un buen trato y sean atendidas por personal capacitado y sensibilizado para que puedan tener un aborto acompañado y seguro.

El análisis de los testimonios mostró que las campañas informativas y procesos formativos promovidos por las distintas luchas de organizaciones de mujeres indígenas, feministas y grupos amplios de mujeres han sido exitosos en transmitir conocimientos a otras mujeres que hoy desempeñan un rol en acompañar procesos de aborto fuera del sistema de salud público.

En cuanto al lugar de preferencia para realizarse un aborto, la opción más mencionada fue en casa mediante

el uso de misoprostol y/o mifepristona, porque esta opción les permite estar acompañadas, hacer uso de métodos alternativos de autocuidado y porque ahí estarán libres de juicios de valor y estigmas sobre su decisión. Esta elección también responde a las dificultades de accesibilidad originadas por la centralización de los servicios públicos, los horarios y turnos restrictivos —ya que no todos tienen servicio los siete días de la semana y las 24 horas— y los requisitos para acceder al servicio.

Varias entrevistadas mencionaron la posibilidad de que el Estado proporcione las pastillas de misoprostol y mifepristona de manera gratuita para realizar el procedimiento en casa, con asesoría médica y con la posibilidad de incluir otros aspectos que los servicios de salud públicos y privados han implementado, como la telemedicina, que incluye asesorías a distancia, o el envío a domicilio de paquetes de medicamentos con información sobre el procedimiento y la posibilidad de tener acompañamiento integral y cercano a distancia.

Dadas las diversas realidades y procesos de las personas usuarias, las entrevistas enfatizaron la importancia de que la atención se brinde realmente



con una perspectiva de género, intercultural e interseccional. Asimismo, se destacó la necesidad de contar con presupuestos suficientes y servicios descentralizados, diseñados a partir de las necesidades reales de las mujeres y personas con posibilidad de gestar que deciden interrumpir sus embarazos.

Finalmente, ellas identificaron diversas causas estructurales que les impiden acceder a servicios integrales de aborto con perspectiva de derechos humanos, género y pertinencia cultural. Entre las principales barreras de acceso señalaron:

1. La centralización de los servicios y la falta de personal que no sea objetor de conciencia.
2. El uso persistente de procedimientos invasivos, como el legrado uterino instrumental, que aumentan el riesgo y comprometen la seguridad de las mujeres y personas con posibilidad de gestar.
3. Los juicios sociales del personal de salud que expresa cuestionamientos a su decisión, propiciando situaciones de violencia.
4. La falta y escasez de presupuesto, que se traduce en instalaciones insuficientes y falta de medicamentos, insumos, equipo y personal.
5. No contar con acceso garantizado por los horarios y turnos limitados que no responden a las necesidades de las personas usuarias.

6. La falta de difusión de información útil, accesible y oportuna y en los lugares que las potenciales usuarias frecuentan.
7. La carencia de servicios integrales, efectivos y oportunos, indispensables para dar acceso real y acompañado a una interrupción legal o voluntaria del embarazo.

RECOMENDACIONES PARA FORTALECER LA POLÍTICA Y LOS SERVICIOS DE ABORTO SEGURO

Estos testimonios ofrecen información cualitativa valiosa para delinear propuestas encaminadas a fortalecer la política y los servicios de aborto seguro existentes, a partir de las necesidades y sentires de las personas usuarias. En concreto, se hacen las siguientes recomendaciones:

- Fortalecer los servicios públicos de aborto seguro para que su atención sea realmente integral, tal como establece el Lineamiento Técnico, es decir, que incorporen de manera efectiva áreas de consejería e información, de acompañamiento al proceso y su seguimiento posterior.
- Garantizar que las potenciales usuarias reciban del personal médico y las instituciones públicas de salud información suficiente, oportuna, accesible —con perspectiva de género, de derechos

humanos e intercultural— sobre el proceso y los protocolos de atención en los servicios de aborto seguro. Las campañas de difusión deben procurar acercar información a las potenciales usuarias en los lugares que ellas frecuentan; con ello, además, se sensibilizaría a la sociedad y a la comunidad en general sobre este derecho.

- Garantizar servicios de aborto libres de estigmas sociales, asegurando contar con personal que no sea objeto de conciencia, así como regular la presencia de grupos conservadores fuera de los hospitales. Estas medidas evitarían la disuasión y el acoso, facilitando las condiciones para que las mujeres y personas con posibilidad de gestar decidan libremente.
- Asegurar que el personal a cargo de la atención reciba capacitación constante en métodos recomendados por la OMS de aborto seguro, manejo de complicaciones, consejería y atención postaborto, así como aspectos legales y éticos relacionados con la interrupción del embarazo. Esto permitiría proveer una atención de calidad, oportuna y acorde con las necesidades de las personas usuarias.
- Promover que la atención tenga realmente un enfoque de derechos humanos, de género, interseccional, libre de estigmas e intercultural; asimismo, asegurar que se consideren los conocimientos comunitarios de las parteras y redes de acompañantas, quienes conocen de primera mano las necesidades de las mujeres en su diver-

sidad y de las personas con posibilidad de gestar (jóvenes, rurales, indígenas, afromexicanas, con discapacidad, etcétera).

- Fortalecer la capacitación y sensibilización para el personal de salud sobre los procesos de confidencialidad y las posibles sanciones a quienes divulguen información sensible sobre las mujeres y personas con posibilidad de gestar.
- Ampliar la red de servicios de aborto seguro y procurar su descentralización con el propósito de que su acceso no dependa del número de turnos diarios, sino que este servicio esté realmente garantizado para todas las usuarias, particularmente para aquellas que habitan en comunidades rurales, indígenas y de la periferia.
- Ampliar los días y los horarios para garantizar que cualquier persona que solicite servicios de aborto los reciba.
- Garantizar que en los procesos de Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo se usen métodos seguros, tal como establece el Lineamiento Técnico y la oms.
- La Secretaría de Hacienda y Crédito Público debe asignar, en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación enviado a la Cámara de Diputados cada año, mayores recursos a todas las instituciones de salud pública que proveen servicios de salud sexual y reproductiva, incluido aborto seguro, ya que actualmente están desfinanciados.

- Garantizar que el Poder Legislativo ejerza sus funciones en la aprobación y control del presupuesto anual asegurando que los recursos destinados a aborto seguro sean progresivos y suficientes para garantizar este derecho, así como verificando que el ejercicio de los recursos públicos sea adecuado.
- Asegurar que todas las instituciones de salud pública consideren, dentro de su presupuesto, recursos suficientes para garantizar la operación adecuada de los servicios de aborto seguro, observando transparencia en su asignación y ejercicio.
- Garantizar que los servicios de salud cuenten con personal no objetor de conciencia suficiente en todos los turnos y horarios, con el objetivo de que la atención a las personas usuarias se realice de forma efectiva y sin juicios sociales.
- Verificar que las instalaciones estén en buenas condiciones y provean información en lenguas indígenas, lenguajes de señas, sistemas de símbolos, dispositivos electrónicos de comunicación, según se requieran.
- Implementar campañas informativas diferenciadas que consideren los distintos contextos y las necesidades de mujeres en su diversidad (jóvenes, indígenas, afromexicanas, rurales, etcétera) y personas con posibilidad de gestar.

Anexo

Entidad Federativa e Institución	Número de SAS
Aguascalientes	6
IMSS Ordinario	1
ISSSTE	3
Secretaría Estatal de Salud	2
Baja California	17
IMSS Bienestar	13
IMSS Ordinario	1
ISSSTE	3
Baja California Sur	17
IMSS Bienestar	11
IMSS Ordinario	2
ISSSTE	4
Campeche	6
IMSS Bienestar	3
IMSS Ordinario	2
ISSSTE	1
Chiapas	11
IMSS Bienestar	7
IMSS Ordinario	2
ISSSTE	2
Chihuahua	7
IMSS Ordinario	2
ISSSTE	4
Secretaría Estatal de Salud	1
Ciudad de México	43
IMSS Bienestar	15
IMSS Ordinario	4
ISSSTE	22
Pemex	2

Coahuila	12
IMSS Ordinario	2
ISSSTE	3
Secretaría Estatal de Salud	7
Colima	8
IMSS Bienestar	4
IMSS Ordinario	2
ISSSTE	2
Durango	7
ISSSTE	3
Secretaría Estatal de Salud	4
Estado de México	15
IMSS Bienestar	4
IMSS Ordinario	6
ISSSTE	5
Guanajuato	5
ISSSTE	3
Pemex	1
Secretaría Estatal de Salud	1
Guerrero	7
IMSS Bienestar	3
IMSS Ordinario	1
ISSSTE	3
Hidalgo	24
IMSS Bienestar	17
IMSS Ordinario	2
ISSSTE	5
Jalisco	16
IMSS Ordinario	4
ISSSTE	6
Secretaría Estatal de Salud	6
Michoacán	11
IMSS Bienestar	5

IMSS Ordinario	3
ISSSTE	3
Morelos	12
IMSS Bienestar	10
ISSSTE	2
Nayarit	5
IMSS Bienestar	1
IMSS Ordinario	2
ISSSTE	2
Nuevo León	9
ISSSTE	3
Secretaría Estatal de Salud	6
Oaxaca	17
IMSS Bienestar	14
IMSS Ordinario	1
ISSSTE	2
Puebla	13
IMSS Bienestar	5
IMSS Ordinario	1
ISSSTE	7
Querétaro	13
ISSSTE	2
Secretaría Estatal de Salud	11
Quintana Roo	17
IMSS Bienestar	10
IMSS Ordinario	2
ISSSTE	5
San Luis Potosí	19
IMSS Bienestar	7
IMSS Ordinario	2
ISSSTE	10
Sinaloa	13
IMSS Bienestar	4

IMSS Ordinario	2
ISSSTE	7
Sonora	13
IMSS Bienestar	11
ISSSTE	2
Tabasco	18
IMSS Bienestar	12
IMSS Ordinario	2
ISSSTE	3
Pemex	1
Tamaulipas	8
IMSS Bienestar	3
ISSSTE	3
Pemex	2
Tlaxcala	5
IMSS Bienestar	2
IMSS Ordinario	1
ISSSTE	2
Veracruz	18
IMSS Bienestar	7
IMSS Ordinario	4
ISSSTE	5
Pemex	2
Yucatán	6
IMSS Bienestar	2
IMSS Ordinario	2
ISSSTE	2
Zacatecas	7
IMSS Bienestar	2
IMSS Ordinario	1
ISSSTE	4
Total general	405



Referencias

SSA, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Directorio Nacional de Servicios de Aborto Seguro en las Instituciones Públicas de Salud. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegssr/articulos/directorio-de-servicios-de-aborto-seguro>

ISSSTE, (2025). Acuerdo del Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que garantiza la aplicación del procedimiento para la Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Diario Oficial de la Federación. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5747609&fecha=23/01/2025#gsc.tab=0

IMSS Ordinario, Instituto Mexicano del Seguro Social Ordinario. Directorio de instalaciones IMSS. Interrupción legal del embarazo. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/directorio>

Benumea, *et al.* 2025. *Avances, tensiones y contradicciones. Análisis del Paquete Económico 2026*. Colección PPEF 2026, Fundar, Centro de Análisis e Investigación. Disponible en: <https://fundar.org.mx/wp-content/uploads/2025/09/Analisis-PPEF-2026.pdf>

Cedeño Peña, Lurel. (2020). La experiencia narrada del aborto en mujeres mexicanas: entre el estigma y el empoderamiento. (Tesis de doctorado). Facultad de Psicología, UNAM. Disponible en: <https://ru.ceiich.unam.mx/handle/123456789/3878>

CNDH. 2016. Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterio para la prevención y atención. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/LeyesNormasReglamentos/NormaOficialMexicana/NOM-046-SSA2-2005_ViolenciaFamiliarSexual.pdf

CNEGSSR. 2026. Directorio Nacional de Servicios de Aborto Seguro en las Instituciones Públicas de Salud. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/cnegssr/articulos/directorio-de-servicios-de-aborto-seguro>

Data Cívica y Abortistas. 2025. “Datos para entender las condiciones del acceso a los servicios de aborto en México”.

ILSB. 2025. *De la despenalización al acceso. Contraloría social para el diagnóstico del aborto legal en ocho estados de México*. Disponible en: <https://ilsb.org.mx/wp-content/uploads/2025/09/investigacion-aborto.pdf>

INEGI. 2025. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2024/>

INEGI. 2024. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2023. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2023/>

Inmujeres, Segob y Conapo. 2025. ENAPEA 2024-2030: Principales retos y recomendaciones, Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/Princ_avances_retos_ENAPEA.pdf

Mano Vuelta *et al.* 2025. Situación sobre el respeto y ejercicio de los derechos humanos en el estado de Oaxaca. Disponible en: <https://www.manovuelta.org/wp-content/uploads/2025/05/SITUACION-SOBRE-DERECHOS-HUMANOS-EN-OAXACA-3.pdf>

Mano Vuelta. 2021. *Recomendaciones con perspectiva intercultural para la atención del aborto seguro en México y la emisión de lineamientos para el estado de Oaxaca.* Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1ruNW-q9Ql4oCEN8K4M_CKuRT7SrsrN1Or/view

Martínez y Simstrom. 2025. “Women have been having safe medications abortions without mifepristone for decades”, NPR, 8 de junio de 2025. Disponible en <https://www.npr.org/2025/06/08/g-s1-68729/latin-america-abortion-activism>

OMS. 2023. “Derechos Humanos”. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

Oropeza, J, Pérez, M. (2023). *Muchos recortes y pocos recursos. Desafíos para garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres.* Colección PPEF 2024. Fundar, Centro de Análisis e Investigación. Disponible en: https://fundar.org.mx/wp-content/uploads/2023/09/PEF_2024_Salud_Sexual_y_Reproductiva.pdf

SCJN. 2021. *Acción de Inconstitucionalidad 148/2017*. Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/proyectos_resolucion_scn/documento/2021-08/AI%20148.2017.pdf

SCJN. 2021. *Acción de Inconstitucionalidad 54/2018*. Disponible en: <https://desc.scjn.gob.mx/sites/default/files/2025-03/M%C3%89X64-Sentencia.pdf>

SCJN. 2023. *Comunicado de prensa 314/2023*, 06 de septiembre de 2023. Disponible en: <https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=7504>

SSA. 2024 y 2025. Segundo Convenio Modificatorio SaNAS de 2024 y 2025. Disponibles en <https://spps.gob.mx/sanas/convenios>

SSA. 2025. Informe Semanal Notificación Inmediata de Muerte Materna Semana Epidemiológica 52. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1045326/MM_2025_SE52.pdf

SSA. (2021). Programa de Acción Específico: Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE_SSR_24_5_21.pdf

Guía técnica para la interrupción legal del embarazo, que dicta la manera en que se prestará este servicio en sus servicios de salud.

FUNDAR, CENTRO DE ANÁLISIS E INVESTIGACIÓN A. C.

DIRECTOR EJECUTIVO

Diego de la Mora Maurer

ASAMBLEA DE PERSONAS ASOCIADAS

PRESIDENTE

Felipe José Hevia de la Jara

SECRETARIA

Rachel Sieder

TESORERA

Emilienne de León

VOCAL

Christian Gruenberg

VOCAL

Darwin Franco

INTEGRANTE

Daniela Rea Gómez

INTEGRANTE

Aleida Hernández Cervantes

INTEGRANTE

Viridiana Ríos

INTEGRANTE

Guillermo Cejudo

INTEGRANTE

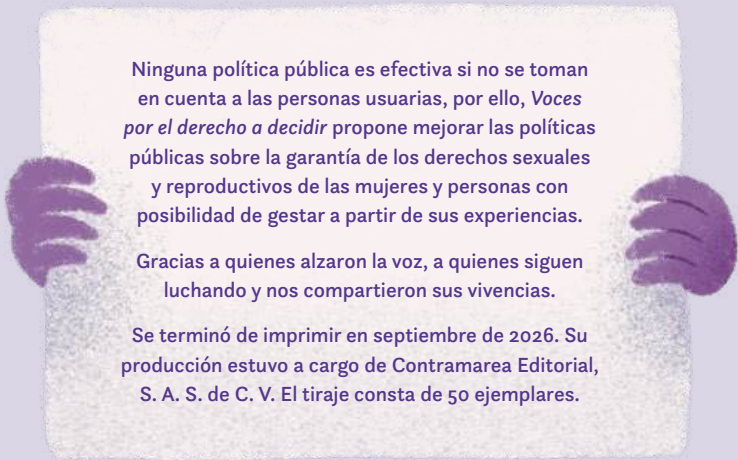
Rubi Hernández Duarte

INTEGRANTE

Amaranta Gómez Regalado

INTEGRANTE

Ricardo Raphael



Ninguna política pública es efectiva si no se toman en cuenta a las personas usuarias, por ello, *Voces por el derecho a decidir* propone mejorar las políticas públicas sobre la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas con posibilidad de gestar a partir de sus experiencias.

Gracias a quienes alzaron la voz, a quienes siguen luchando y nos compartieron sus vivencias.

Se terminó de imprimir en septiembre de 2026. Su producción estuvo a cargo de Contramarea Editorial, S. A. S. de C. V. El tiraje consta de 50 ejemplares.

