

Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México

2026



Gobierno de
México

Salud
Secretaría de Salud

Defensa
Secretaría de la Defensa Nacional

Marina
Secretaría de Marina



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



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



INSHAE
COMISIÓN COORDINADORA DE
INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

Mujeres
Secretaría de las Mujeres





Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México

Edición 2026

- Secretaría de Salud
- Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional
- Centro Nacional de Equidad de Género, Salud Sexual y Reproductiva
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Servicios Públicos de Salud IMSS Bienestar
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Petróleos Mexicanos
- Secretaría de Marina
- Secretaría de la Defensa Nacional
- Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
- Comisión Nacional de Bioética
- Secretaría de las Mujeres
- Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes

Se autoriza la reproducción total o parcial del texto siempre y cuando se cite la fuente y la liga oficial de descarga.

Este documento no debe utilizarse con fines comerciales o electorales.

El presente Lineamiento sustituye en su totalidad el contenido de las ediciones anteriores de 2021 y 2022. Siendo esta la última edición actualizada y vigente.

Hecho en México





DIRECTORIO

Secretaría de Salud

Secretaría de Salud

Dr. David Kershenovich Stalnikowitz

Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional

Dr. Ramiro López Elizalde

Centro Nacional de Equidad de Género, Salud Sexual y Reproductiva

Mtra. Teresa Ramos Arreola

Elaboración

Centro Nacional de Equidad de Género, Salud Sexual y Reproductiva

Dirección de Violencia Intrafamiliar

Directora de Violencia Intrafamiliar

Mtra. May Wejebe Shanahan

Jefa de Departamento de Acceso a Servicios de Aborto Seguro

Mtra. Adriana Pérez Arias

Equipo técnico de Aborto Seguro

Mtra. Martha Elena Leal Chávez

Dra. Afrania Rivera Pacheco

Lcda. Monserrat Hernández Ramírez

Edición y Diseño

Lcdo. Samuel Paniagua Espinosa

Equipo técnico de la Dirección de Violencia Intrafamiliar

Lcda. Martha Isabel Sánchez Hernández

Diseñadora de la Comunicación Gráfica del CNEGSSR

Lcda. en Diseño y Com. Visual Tania Alcántara Flores

Colaboración en el Diseño

Ipas Latinoamérica y el Caribe

Revisión y Agradecimientos

Dra. Alva Alejandra Santos Carrillo

Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. Alejandra Rangel Junquera

Titular de la División de Salud de las Mujeres
Servicios Públicos de Salud IMSS Bienestar

Dr. Gustavo Reyes Terán

Dirección de Atención Médica
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Ruy López Ridaura

Subdirector de Servicios de Salud
Petróleos Mexicanos

C. Contralmirante SSN Médico Cirujano Naval Especialista en Urología

San Juan Padrón Lucio

Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval
Secretaría de Marina

Gral. Bgda. E.M. Jorge Ramírez Zúñiga

Director General de Sanidad
Secretaría de la Defensa Nacional

Dr. Virgilio Lima Gómez

Director General de Coordinación Médica de Alta Especialidad
Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dra. Gabriela Pineda Hernández

Directora de Desarrollo Institucional
Comisión Nacional de Bioética

Dr. Christian Arturo Zaragoza Jiménez

Director General
Dirección General de Información en Salud

Ingrid A. Gómez Saracíbar

Subsecretaria del Derecho a una Vida Libre de Violencias
Secretaría de las Mujeres

Lcda. Fabiola María Salas Ambriz

Procuradora Federal

Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes

Ma. del Rocío Cuevas Vargas

Subdirectora de Planificación Familiar

Centro Nacional de Equidad de Género, Salud Sexual y Reproductiva

Dr. Pavel Gerardo Calderón Ortiz

Médico Ginecólogo y Obstetra Responsable del Servicio de Aborto Seguro

Hospital General Agustín O' Horan

Lcda. Mara Zaragoza Ledesma

Subdirectora de Fortalecimiento

Ipas Latinoamérica y el Caribe

Obst. Esp. Marcela Adriana Masabanda Acosta

Coordinadora de Contenidos Clínicos

Ipas Latinoamérica y el Caribe

Dr. Guillermo Ortiz

Asesor clínico

Ipas Latinoamérica y el Caribe

Ninde MolRe y Alex Alí Méndez Díaz

México Igualitario Derribando las Barreras A.C

Sofía Garduño Huerta

Codirectora

Balance, A.C

Rebeca Ramos Duarte

Directora Ejecutiva

Grupo de Información en Reproducción Elegida, AC

Dra. Karla Berdichevsky Feldman

Directora Ejecutiva

Colmena Consultora

Dra. Raffaella Schiavon Ermani

Médica especialista

Consultora Independiente

Dra. Karla Flores Celis
Consultora en Salud Pública

Dra. Susana Patricia Collado Peña
Ginecóloga y Obstetra y Maestra en Estudios de la Mujer

Dra. María del Pilar González Barreda
Coordinadora de la Cátedra Extraordinaria Benito Juárez sobre Laicidad
Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM

Mtra. Diana Jhoseline Medina Leyte
Residente de la especialidad en Medicina Preventiva del INSP

Mtra. Katheryn Hernández Olvera
Doctoranta en Estudios Feministas
Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco

Helena Paro
Médica Ginecóloga-Obstetra. Profesora asociada de la Universidad Federal de Uberlandia, Brasil; Chair del Comité de FIGO por el aborto seguro.
Revisora externa del presente Lineamiento en su calidad de experta en el tema.

Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia
Colaboración mediante la opinión técnica académica favorable. El Lineamiento es fundamental para mejorar la salud de las mujeres y de las personas con capacidad de gestar en México. Sin duda se verá reflejado el impacto de manera positiva en múltiples aspectos de la salud, en muchos indicadores (sociales, económicos, sanitarios), y solo por mencionar alguno, en la reducción de la mortalidad materna en México.



**Gobierno de
México**

Salud
Secretaría de Salud

Defensa
Secretaría de la Defensa Nacional

Marina
Secretaría de Marina



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



PEMEX
POR EL RESCATE DE LA SOBERANÍA

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



SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

Mujeres
Secretaría de las Mujeres







Contenido

Glosario	1
-----------------	---

1

Introducción	12
---------------------	----

1.1	Objetivo	17
1.2	Público destinatario	18
1.3	Ejes Transversales	18

2

Magnitud del problema público	24
--------------------------------------	----

3

Obligación de las instituciones del Sistema Nacional de Salud de garantizar los servicios de aborto seguro	32
---	----

4

38

Marco de referencia para la atención al aborto seguro

5

46

Fundamentos jurídicos y de derechos humanos en la atención al aborto seguro en México

5.1	La atención del aborto seguro con enfoque de derechos humanos	49
5.2	El aborto seguro en el marco legal y normativo mexicano	54
5.3	Consideraciones jurídicas en la atención a Niñas y Adolescentes (NA)	69
5.4	Obligaciones éticas y profesionales del personal de salud	74

6

84

Modelo de Atención

6.1	Principios rectores para la prestación de servicios	87
6.2	Momentos en la atención del Aborto Seguro	100
6.2.1	Consejería, orientación y acompañamiento	100
6.2.2	Consentimiento informado	124
6.2.3	Manejo clínico	133
6.2.4	Anticoncepción postaborto	187
6.2.5	Registro de la información	190
6.2.6	Rutas de vinculación institucional	198
6.3	Ampliación de roles en la disponibilidad de la atención	201

7

208

Cobertura y acceso a servicios de aborto seguro en el primer nivel de atención

	215
Anexos	
	237
Referencias bibliográficas y documentos de consulta	



Abreviaturas

AINES	Anti-inflamatorios No Esteroideos
AMEU	Aspiración Manual Endouterina
APEO	Anticoncepción Post Evento Obstétrico
ASRM	American Society of Reproductive Medicine
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño(a)
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
CLACAI	Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro
CNEGSSR	Centro Nacional de Equidad de Género, Salud Sexual y Reproductiva
DDHH	Derechos Humanos
DIU	Dispositivo Intrauterino
DyE	Dilatación y Evacuación
ENAPEA	Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
FUM	Fecha de Última Menstruación
IAF	Inducción de Asistolia Fetal
ILE	Interrupción Legal del Embarazo
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
LGS	Ley General de Salud
LUI	Legrado Uterino Instrumental
MP	Ministerio Público
NA	Niñas y Adolescentes
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NNA	Niñas, Niños y Adolescentes
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAE	Programa de Acción Específico
PG	Perspectiva de Género
PPNNA	Procuraduría de Protección de Niñas Niños y Adolescentes
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
SAS	Servicios de Aborto Seguro
SCJN	Suprema Corte de Justicia de la Nación
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Glosario



Para los propósitos de este documento, se aplican las definiciones siguientes:

A

Aborto espontáneo. Pérdida no intencional de un embarazo antes de que el feto sea normalmente viable fuera del útero. Los signos clínicos de un aborto espontáneo son sangrado vaginal, generalmente acompañado de dolor abdominal y calambres. Si el embrión, feto o blastocisto ha sido expulsado, se le llama aborto “completo” o “incompleto” dependiendo de si se retienen o no tejidos en el útero (1).

Aborto inducido. Expulsión o extracción intencional de un embarazo intrauterino, independientemente de la duración del embarazo, por medios médicos o quirúrgicos, que no tiene la intención de resultar en un nacimiento vivo (2)¹.

Autogestión del aborto. Se refiere al proceso de aborto con medicamentos o de uno o varios de sus pasos, como la autoevaluación de la elegibilidad de un aborto con la autoadministración de medicamentos sin la supervisión directa de un personal de la salud y la autoevaluación de la finalización o efectividad del proceso abortivo.

Aborto inseguro. La OMS lo define como procedimiento para interrumpir un embarazo realizado por una persona

sin las competencias necesarias, en un entorno que no cumple con los estándares médicos mínimos, o mediante métodos no recomendados por la evidencia científica, lo que incrementa el riesgo de complicaciones para la salud.

Aborto seguro. Para la OMS un aborto seguro es cuando se utilizan los métodos recomendados por la propia Organización, teniendo en cuenta la duración de la gestación, que se practica por personal capacitado. Comprende el uso de tecnologías seguras como medicamentos y aspiración endouterina, la competencia técnica de equipos multidisciplinarios, el manejo del dolor durante el procedimiento y la anticoncepción postaborto.

Atención postaborto. Provisión de servicios integrales después de un aborto, espontáneo o inducido, como anticoncepción y vinculación con otros servicios necesarios para la persona usuaria, en la comunidad o más allá. Incluye el manejo de complicaciones después de un aborto.

Autonomía Reproductiva. Es un derecho enmarcado en la libertad de la persona de ejercer su voluntad y deseo para autodeterminarse en sus decisiones reproductivas, incluye la elección y libre acceso a todas las formas de anticoncepción, a decidir sobre el número y espaciamiento de su descendencia, a no tener hijos(as),

¹ Esta definición se incorporó con base en la información contenida en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª Revisión (CIE-11). Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1517114528>

a las técnicas de reproducción asistida, la interrupción del embarazo, así como todas las elecciones reproductivas que conforman su proyecto de vida en un Estado plural y laico. Es resultado del ejercicio y del reconocimiento del derecho de las personas para elegir libremente las opciones y circunstancias que le dan sentido a su existencia, conforme a sus propias convicciones. Se sustenta en el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía personal, la igualdad jurídica, la dignidad humana, la protección de la intimidad y el derecho a la salud.

C

Calidad en la atención integral. Implica brindar servicios que sean eficaces, eficientes, accesibles, seguros, equitativos y centrados en las personas. La calidad de la atención requiere personal capacitado, medicamentos e insumos para incorporar avances tecnológicos y otorgar procedimientos seguros. Además, ofrecer atención de forma oportuna y geográficamente cercana, con pertinencia cultural, que garantice un trato digno sin discriminación y minimice riesgos y daños a las personas usuarias.

Calidez en la atención integral. Se refiere al trato respetuoso, empático, digno y humanizado que el personal de salud brinda a cada persona usuaria.

Implica reconocer su autonomía, escuchar sus necesidades con atención, y generar un ambiente de confianza, seguridad y respeto, especialmente en contextos sensibles como la atención del aborto. La calidez no solo mejora la experiencia de atención, sino que es un componente clave de la calidad y del derecho a una atención libre de violencia institucional.

Consentimiento informado. Es un proceso clínico de comunicación continua entre el personal de salud y la persona usuaria, mediante el cual se garantiza el derecho a decidir de forma libre, autónoma y con información suficiente sobre la atención del aborto seguro. Incluye la explicación clara de la condición de salud, el procedimiento, sus riesgos, beneficios y alternativas, y debe documentarse en el expediente clínico. El consentimiento informado se documenta en el expediente clínico mediante formatos que contienen la expresión tangible del respeto a la autonomía en el ámbito de la atención médica mediante el cual el personal de salud le informa a la persona usuaria de forma veraz, objetiva y oportuna en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de su condición de salud y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que este conlleva y las posibles alternativas. Consta de dos partes: a) el derecho a la información y b) la libertad de elección.

D

Derechos humanos. Representan mínimos vitales sustentados en la dignidad humana, cuya promoción, respeto, protección y garantía es indispensable para el desarrollo integral de las personas. Se encuentran reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en tratados internacionales firmados y ratificados por México. Conforme a lo dispuesto por el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

Derechos reproductivos. Son los derechos humanos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a la autodeterminación reproductiva, lo que incluye la decisión libre sobre tener o no descendencia, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia.

Derechos sexuales. Derechos humanos que protegen los niveles más altos de salud disponible en relación con una sexualidad autónoma, libre de coerción, discriminación y violencia. Incluyen la educación sexual, el respeto a la integridad física y psicosocial, la elección de pareja, relaciones sexuales consensuales; la protección a la orientación sexual, a la identidad de género y el derecho a una vida sexual satisfactoria y placentera.

Dilatación y Evacuación. Es la técnica quirúrgica más segura y eficaz para los abortos a partir de las 13 semanas o más de gestación, cuando se cuenta con personal con adiestramiento y experiencia; requiere preparación cervical con dilatadores cervicales y/o con fármacos, para después evacuar el útero con pinzas y/o fórceps y finalmente usar aspiración para retirar cualquier remanente de sangre o tejido.

Dilatadores cervicales. Dispositivos médicos utilizados para lograr la dilatación gradual del cuello uterino antes de determinados procedimientos. Pueden ser mecánicos, como los dilatadores de Hegar o de Pratt y el balón de sonda Foley, u osmóticos, como las laminarias o los dilatadores sintéticos, los cuales absorben la humedad del canal cervical y se expanden de forma progresiva para favorecer la dilatación.

E

Embarazo. Desde el punto de vista médico, se refiere a la parte del proceso de la reproducción humana que inicia con la implantación del blastocisto, usualmente en el endometrio, y termina con el nacimiento o su expulsión.

I

Inducción de Asistolia Fetal. Procedimiento recomendado por la OMS para garantizar la atención integral, de calidad y segura del aborto a partir de la semana 20, que debe realizarse previamente a la evacuación uterina. Consiste en inducir la detención de la actividad cardíaca fetal, mediante medios quirúrgicos, como la transección del cordón umbilical, o con medicamentos, como la inyección de fármacos en la cavidad amniótica o en cavidades cardíacas (2,4) (91).

Interrupción Legal del Embarazo. Conocida como ILE, es aquella interrupción del embarazo que se realiza a simple demanda de la persona embarazada en ejercicio de su autonomía reproductiva. En México, la atención médica está protegida por el marco legal en cada entidad federativa que ha reformado su legislación en la materia, pero también por el marco constitucional que protege

y garantiza el derecho a la salud, desde el cual se puede fundamentar su atención incluso en aquellas entidades donde aún no se ha reformado la legislación local para incorporarla, esto garantiza los derechos humanos, en apego a lo resuelto por la Corte.

Interrupción Voluntaria del Embarazo. También reconocida como IVE, es un derecho de las víctimas de violencia sexual o cualquier otra conducta que afecte su integridad física o psicológica. Es legal en todo el país y debe ser atendido por todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud como una urgencia médica y sin límite gestacional. Su fundamento se encuentra en la Constitución, la Ley General de Víctimas y la NOM-046-SSA2-2005.

M

Métodos anticonceptivos. Los anticonceptivos son métodos, medicamentos (hormonales o no hormonales), dispositivos y procedimientos quirúrgicos destinados a prevenir un embarazo de manera temporal o permanente. Su finalidad es regular o limitar la capacidad reproductiva de una persona o de una pareja, de forma transitoria o definitiva y, en algunos casos, contribuir también a la prevención de infecciones de transmisión sexual.

O

Objeción de conciencia. Es la decisión individual consistente en la negativa del personal médico o de enfermería a prestar directamente un servicio de salud reconocido en la ley y la *lex artis* médica, motivada por convicciones personales, morales, religiosas, etc. El derecho a la objeción de conciencia no es ilimitado y de ninguna forma puede constituir un obstáculo para el ejercicio de los derechos humanos de las personas, como el derecho humano a la protección de la salud. El Estado y las instituciones de Salud deben ser garantes de que en las unidades exista personal de salud con la disposición y competencias técnicas para brindar la atención de aborto seguro.

P

Principio pro persona. Principio de derechos humanos reconocido en el párrafo segundo del artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual establece que las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con la Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Persona usuaria. Aquella que acude a los servicios de atención para hacer ejercicio de su derecho a la salud; participa de manera activa en la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud, puede aprender, opinar, sugerir y decidir; controla y desarrolla competencias de auto vigilancia y cuidado, en la atención al aborto seguro, es la persona que decide y solicita a los servicios de salud como la interrupción de su embarazo ejerciendo su autonomía reproductiva. Este término incluye a mujeres adultas, niñas, adolescentes y personas con posibilidad de gestar. Considera a poblaciones vulnerables: personas afromexicanas, indígenas, con discapacidad (visual, física, auditiva, psicosocial, múltiple, etc.), en situación de movilidad o desplazamiento forzado, y personas con capacidad de gestar que pertenecen a las poblaciones LGTBTTIQA+, entre otras.

R

Representación jurídica de niñas, niños y adolescentes. Representación legal prevista en la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes ejercida por la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (PPNNA) para representar de manera coadyuvante (acompañamiento junto a la representación legal existente: padres o tutores) o en suplencia (cuando se carece de representación originaria de padres o tutores). Con el fin de vigilar el cumplimiento de

los derechos del NNA. **Por lo que todas las autoridades y/o servidores públicos deben de dar aviso a la PPNNA cuando identifiquen o sea de su conocimiento una posible vulneración de derechos de NNA**, ya que esta representación es un derecho que debe garantizarse a esta población.

S

Salud integral. Se refiere al estado completo del bienestar de una persona, abarcando no solo la ausencia de enfermedades, sino también a las esferas de salud física, mental y social, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Implica un enfoque holístico que considera la interconexión de estos aspectos y busca promover un equilibrio entre ellos para alcanzar un estado óptimo de bienestar general. Esta definición es retomada por la Ley General de Salud en el artículo 1 Bis. La atención del aborto seguro tiene como objetivo proteger el bienestar integral de las personas, es decir, desde la interrelación de estas tres esferas que conforman la salud de una persona.

Salud mental. Estado de bienestar en el que cada individuo realiza su propio potencial, hace frente a las tensiones cotidianas, trabaja de manera productiva y fructífera y participa en la toma de decisiones en su comunidad. Para conservar

y/o restaurar este estado de bienestar, se requiere que los Estados emitan una serie de medidas articuladas para proteger el proyecto de vida de las personas.

Salud reproductiva. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, es el estado de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos o no y cuando se desee.

Salud sexual. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, es el estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

Servicios de Aborto Seguro. Se definen como las acciones que se llevan a cabo en las unidades de salud en las que se realizan procedimientos de aborto seguro por personal capacitado y sensibilizado, utilizando las tecnologías recomendadas por la OMS, de acuerdo con el tiempo gestacional. Estos servicios deben estar disponibles de manera universal en todos los niveles de atención, con el fin de garantizar su cobertura y accesibilidad.

En México, la atención y los servicios de aborto seguro comprenden tanto el manejo del aborto espontáneo (en sus distintas presentaciones clínicas, como el incompleto, en evolución, inevitable o retenido, y sus posibles complicaciones), como del aborto inducido, en embarazos viables y no viables.

Estos servicios incorporan el uso de tecnologías seguras y eficaces, incluyendo medicamentos y aspiración endouterina, así como otros procedimientos adecuados según el tiempo gestacional. Asimismo, contemplan la competencia técnica del personal de salud multidisciplinario, el manejo adecuado del dolor durante el procedimiento, la provisión de anticoncepción postaborto y un trato cálido, digno y respetuoso de los derechos humanos.

Semanas de gestación. Corresponden al número de semanas y días completos transcurridos desde el primer día de la fecha de última menstruación (FUM), en personas con ciclos menstruales regulares, sin uso reciente de anticonceptivos hormonales ni en periodo de lactancia. Cuando los ciclos son irregulares o se desconoce la FUM, el número de semanas puede estimarse mediante la exploración clínica (altura uterina) o por estudios de imagen, como el ultrasonido obstétrico. Este cálculo es fundamental para definir el tipo de atención y procedimiento en la atención del aborto seguro.

Sistema de referencia y contrareferencia. Es el conjunto de reglas y procedimientos médico-administrativos entre unidades operativas de los tres niveles de atención y otros espacios que garantiza a la población usuaria el acceso a los servicios, con base en las necesidades particulares de las personas usuarias y la capacidad instalada de la unidad; en caso de requerirlo facilita el envío y recepción con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, así como otros servicios que pudieran requerir.

Supuestos jurídicos que hacen procedente la práctica de un aborto seguro.

Son todas las situaciones previstas en la legislación aplicable en nuestro país (que puede ser legislación local, federal, constitucional y convencional) que hacen procedente la práctica de un aborto seguro, por lo que no se limita únicamente a las causales previstas en los códigos penales, sino que con fundamento en los artículos 1° y 4° constitucionales y atendiendo al principio pro persona en el que las autoridades tienen la obligación de elegir el criterio jurídico que más le garantice sus derechos a la persona, el personal de salud deberá tomar estos supuestos como una referencia para que identifique la situación específica que hace procedente la práctica de un aborto en el caso que esté atendiendo y elija el supuesto que más se adecue a la situación específica de la persona usuaria para proteger su salud integral. (Para mayor referencia sobre este tema se sugiere consultar el Anexo 1 de este Lineamiento).

T

Tratado Internacional. Es un acuerdo internacional celebrado por escrito entre Estados y regido por el Derecho Internacional, puede constar en un instrumento único o en dos o más instrumentos conexos, cualquiera que sea su denominación particular.

Telemedicina. Modalidad de prestación de servicios de salud en la que proveedores y clientes, o proveedores y consultores, están a distancia unos de otros. La interacción puede producirse en directo (sincrónica), por ejemplo por teléfono o videoconferencia. Pero también puede ser asincrónica (almacenamiento y retransmisión) cuando se envía una consulta y la respuesta llega un tiempo después, por ejemplo por correo electrónico o mensaje de texto, voz o audio.

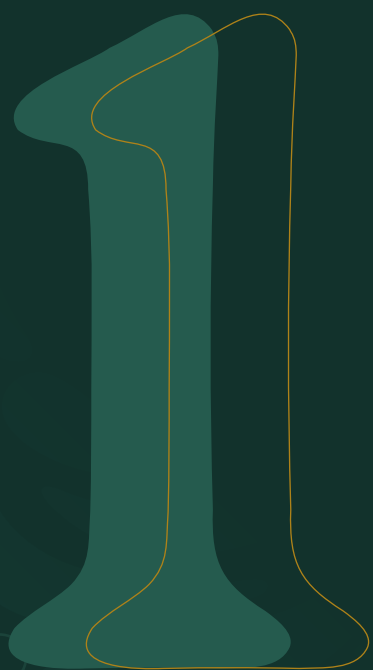
Telesalud. El uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación para ofrecer servicios de salud centrados en la persona; incluyendo orientación médica, atención médica, educación e investigación a distancia.

V

Vinculación intersectorial. Intervención coordinada de instituciones de más de un sector público y/o social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas usuarias. La coordinación intersectorial se expresa en acciones de involucramiento de diferentes actores, en el ámbito de la salud ésta tiene lugar cuando dentro del sistema de salud no se cuenta con la capacidad para atender ciertas necesidades de las personas usuarias que exceden el propósito de los servicios.

Vinculación intrainstitucional. Conjunto de esfuerzos y acciones de información, cooperación, coordinación e integración de todas las instituciones, dependencias y organizaciones del Sistema Nacional de Salud incluidas las que otorgan atención médica oportuna, integral y de calidad.



A large, stylized number '1' in a dark teal color with a thin gold outline. The number is positioned in the upper left quadrant of the page. The background is a dark teal color with a subtle, repeating pattern of stylized leaves or feathers in a slightly lighter shade of teal.

Introducción

1.1	Objetivo	17
1.2	Público destinatario	18
1.3	Ejes Transversales	18



El Centro Nacional de Equidad de Género, Salud Sexual y Reproductiva (CNEGSSR) es el órgano rector a nivel nacional que propone las políticas nacionales en materia de salud sexual y reproductiva. Tiene como atribución el establecimiento de las especificaciones técnicas de equipos e insumos, propuestas de capacitación y actualización del personal de salud en esta materia. Además, coordina, supervisa y evalúa la calidad de la prestación de los servicios de salud y define criterios para la evaluación operativa en las instituciones de salud del país con el propósito de promover el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y lograr la equidad de género en materia de salud.

La política pública de aborto seguro surge a partir del Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva (PAE-SSR) 2020 – 2024, basado en una perspectiva integral a la salud abarcando seis componentes esenciales: 1. salud sexual y reproductiva en la adolescencia; 2. anticoncepción; 3. salud materna; 4. salud perinatal; 5. aborto seguro; y 6. violencia de género, a partir de los cuales se establecen los objetivos, estrategias y acciones puntuales de la política nacional en salud sexual y reproductiva.

En el marco del proceso de transición sexenal y de la consolidación de la política pública en materia de salud sexual y reproductiva, este Lineamiento Técnico se alinea con el Programa Sectorial de Salud 2025–2030 (PROSESA), como instrumento rector que orienta las prioridades, estrategias y líneas de acción del Sector Salud. En este sentido, la Edición 2026 del Lineamiento da continuidad técnica y programática a los avances alcanzados, y se renueva para responder a los retos actuales del Sistema Nacional de Salud, fortaleciendo la rectoría de la Secretaría de Salud y la prestación de servicios de aborto seguro en todo el territorio nacional.

Esta prioridad responde a la Agenda 2030 y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular al Objetivo 3. que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las edades (7). En este sentido resulta fundamental asegurar el bienestar integral y la salud, al tiempo que se reducen las causas de morbilidad y mortalidad materna. Asimismo, esta política pública se articula con la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), que establece las directrices que las instituciones gubernamentales y la sociedad civil a fin de disminuir la tasa de fecundidad de adolescentes y erradicar la maternidad infantil. Entre sus acciones se encuentra la Ruta NAME, orientada a la atención y protección

integral de niñas y adolescentes embarazadas, siempre en un marco de respeto a los derechos humanos y garantizando el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (8).

En 2021 se instaló el modelo de atención al aborto seguro, que estableció los criterios y estándares de calidad en todos los niveles de atención. Dichos estándares consideran proporcionar atención ambulatoria de manera oportuna y efectiva, con calidad y calidez, por medio del uso de tecnologías seguras que sustituyan y erradiquen el uso del Legrado Uterino instrumental (LUI). Asimismo, contemplan la participación de personal de salud con capacidad técnica y sensibilizado, con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad materna, prevenir y atender la violencia obstétrica, así como promover el buen trato.

Este documento en su versión 2026 se apega a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define un **aborto seguro** cuando éste se realiza por un método recomendado por la mejor evidencia disponible, contenida en las recomendaciones de la propia Organización, acorde con las semanas de gestación, con acceso a la información adecuada y la atención requerida por parte de personal de salud con la capacidad técnica necesaria. Bajo dichas condiciones, es un procedimiento sencillo y extremadamente seguro.

1.1 Objetivo

Establecer criterios sistematizados para la prestación de servicios de aborto seguro en las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, garantizando que mujeres y personas con posibilidad de gestar, incluyendo niñas y adolescentes, tengan acceso a una atención oportuna, resolutive, integral y de calidad en cualquier momento del embarazo.

Este Lineamiento se basa en la mejor evidencia científica disponible y en estándares internacionales de salud pública, e incorpora un enfoque de género, interseccionalidad y derechos humanos, con el propósito de orientar la operación, armonización y fortalecimiento de los servicios de aborto seguro desde una perspectiva de equidad, justicia reproductiva y no discriminación.

La atención al aborto seguro es una obligación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud en materia de derechos humanos y salud pública. Además, forma parte de los compromisos nacionales e internacionales para garantizar el acceso progresivo, equitativo y no discriminatorio a los servicios de salud sexual y reproductiva.

1.2 Público destinatario

Este Lineamiento está dirigido a las instancias normativas de alcance nacional; a las instituciones públicas y privadas que brindan servicios de salud; a las personas responsables de la planeación, gestión y ejecución de programas de salud sexual y reproductiva; a las organizaciones de la sociedad civil y sociedades profesionales, al personal de salud, a quienes acompañan y a otras personas involucradas en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (con la coordinación de los servicios de salud en aquellos casos que así se requiera).

Su propósito es orientar acciones que contribuyan a garantizar la disponibilidad y el acceso a servicios de aborto de calidad, sustentados en evidencia científica y en apego a derechos humanos, para mujeres y personas con posibilidad de gestar que se encuentren en territorio mexicano, con especial atención en grupos de atención prioritaria: personas menores de 15 años, personas afromexicanas, personas pertenecientes a comunidades indígenas, personas que viven con una discapacidad (visual, física, auditiva, psicosocial, múltiple, etc.), en situación de movilidad o desplazamiento forzado, y personas con posibilidad de gestar que pertenecen a las poblaciones LGBTTTIQA+, entre otras.

1.3 Ejes Transversales

Las necesidades de atención del aborto tienen relación con aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales. Esas necesidades deben ser cubiertas en función de las características de las mujeres, NNA, personas con capacidad de gestar y sus familias. La calidad de la atención depende, por un lado, de las competencias técnicas, clínicas y éticas del personal de salud y de la disponibilidad de infraestructura y recursos adecuados. Por otro lado, está influida por elementos sociales más amplios y complejos, como la construcción social de la maternidad, los roles de género y las normas patriarcales que inciden en la forma en que se concibe y se ejerce la reproducción biológica y social. Reconocer esta complejidad implica que la atención del aborto seguro incorpore de manera explícita ambos

niveles: las capacidades del sistema de salud y las condiciones. Por ello, para la atención del aborto seguro se deben tomar en consideración los siguientes ejes transversales².

Derechos humanos. La salud reproductiva como parte del derecho a la salud, es “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (9). El derecho a la salud sexual y reproductiva implica un conjunto de libertades, entre las que figura el derecho de adoptar decisiones y tomar elecciones libres y responsables, sin violencia, coacción ni discriminación, con respecto a los asuntos relativos al propio cuerpo y la propia salud sexual y reproductiva. Así como el acceso sin impedimentos a toda una serie de establecimientos, bienes, servicios e información relativos a la salud, que aseguren a todas las personas el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva y a los beneficios del progreso científico (10).



Fuente. Elaboración propia CNEGSSR, 2026.

² Se refieren a marcos conceptuales y de referencia de carácter interdisciplinario que atraviesan, vinculan y conectan las acciones y áreas de gestión. Son instrumentos para el abordaje de todos los temas y aportan una visión de conjunto para el objetivo prioritario Aborto Seguro en lo teórico, reflexivo y práctico.

Los Estados tienen una serie de obligaciones, entre ellas, contar con un sistema de protección de la salud que brinde a las personas igualdad de oportunidades para disfrutar el más alto nivel posible de salud, a través del acceso y aplicación de los beneficios del progreso científico y tecnológico que promuevan y garanticen el bienestar en salud sin discriminación.

La atención al aborto forma parte de los derechos sexuales y reproductivos, que son derechos humanos reconocidos en Tratados Internacionales suscritos por México, que buscan:

- Garantizar el acceso de las mujeres, niñas y adolescentes a servicios de aborto sin riesgo.
- La obligación de los Estados de adecuar las leyes y políticas públicas sobre la atención al aborto inducido, de acuerdo a los estándares aplicables de derechos humanos.
- Asegurar la existencia de servicios seguros y de calidad de atención al aborto para las mujeres que cursan por embarazos no deseados.
- **La negativa a prestar servicios de salud sexual y reproductiva en condiciones legales resulta discriminatoria.**

Perspectiva de género. Se entiende como una visión científica, analítica y política que propone eliminar las causas de la opresión de género como la desigualdad, injusticia y la jerarquización de las personas basada en el género, promueve la igualdad de derechos y oportunidades para acceder a los recursos económicos y a la representación política y social en los ámbitos de toma de decisiones, así como a establecer acciones gubernamentales para disminuir las brechas de desigualdad entre éstos (11).

El acceso a la atención del aborto en condiciones seguras es un derecho humano fundamental que forma parte de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacidad de gestar, derechos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de Derechos Humanos (DDHH) suscritos por el Estado mexicano; lo que implica la obligatoriedad de respetar, garantizar, proteger y promover su pleno ejercicio.

Uno de los objetivos principales de la perspectiva de género es combatir la falta de sensibilidad, de conocimiento y de reconocimiento de la violencia y la discriminación que se ejerce contra las mujeres por razones de género y/o que les afectan de manera desproporcionada, incluyendo las causas y consecuencias de dicha discriminación y violencia (12).

Interseccionalidad. Es un enfoque analítico que permite identificar y atender las múltiples formas de discriminación y desigualdad que enfrentan las personas en función de la interacción entre diversas condiciones sociales, como el género, la edad, origen étnico, clase social, orientación sexual, situación de movilidad, discapacidad, identidad de género, entre otras. En el contexto del aborto seguro, incorporar esta perspectiva es fundamental para garantizar el acceso efectivo, equitativo y libre de estigmas a los servicios de salud, reconociendo que las barreras no se presentan de manera homogénea y aislada, sino acumulativa y diferenciada (13,14).

Además, este enfoque obliga a adoptar estrategias específicas para eliminar brechas estructurales, institucionales y culturales que afectan de manera desproporcionada a niñas, adolescentes, mujeres indígenas, personas con posibilidad de gestar, en movilidad, con discapacidad o en situación de pobreza.

Juventudes y niñeces. Es el reconocimiento de las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos, cuyas decisiones deben ser respetadas de acuerdo con su grado de madurez y desarrollo. Desde el enfoque de autonomía progresiva, se entiende que la población de NNA tienen la capacidad de ejercer sus derechos de manera creciente, en función de su evolución individual, lo que incluye su derecho a decidir sobre su salud sexual y reproductiva. Este enfoque exige que la

atención en salud sea especializada en sus necesidades, reconozca el papel fundamental del acompañamiento psicológico, basándose en el respeto a sus decisiones libres e informadas, y que se ofrezca información clara, adaptada y accesible, sin juicios ni discriminación. Las Procuradurías de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, padres, madres, tutores, personal de salud, docentes y actores comunitarios deben desempeñar un papel de acompañamiento, promoviendo entornos seguros y democráticos donde niñeces y adolescencias puedan participar activamente en decisiones que afectan su vida y su bienestar (15,16).

Pertinencia cultural. La pertinencia cultural en los servicios de salud sexual y reproductiva, incluido el aborto seguro, es un principio que reconoce la diversidad de cosmovisiones, lenguas, prácticas de cuidado y formas de organización de los pueblos y principalmente de las comunidades afromexicanas e indígenas. Este enfoque se deriva del derecho a la diferencia e implica adaptar la atención de manera ética, respetuosa y efectiva a las realidades socioculturales, geográficas, ambientales y socioeconómicas de las personas usuarias, especialmente de mujeres indígenas, adolescentes, personas en movilidad o hablantes de lenguas originarias, mediante acciones como el uso de intérpretes, la formación intercultural del personal de salud y el diálogo entre saberes biomédicos y tradicionales. Su aplicación no significa relativizar derechos, sino garantizar el acceso

a servicios comprensibles, dignos y no discriminatorios, con apego a los derechos humanos, reconociendo que las barreras de acceso no solo son geográficas, sino también culturales y estructurales. Incorporar la pertinencia cultural en la atención permite avanzar hacia la justicia reproductiva y la eliminación de desigualdades históricas que impactan de manera desproporcionada a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad (17,18).

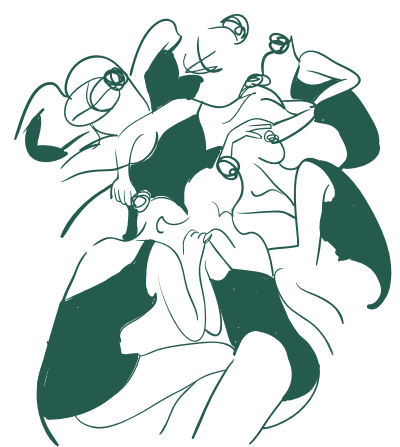
Justicia Reproductiva. Se trata del conjunto de factores sociales, políticos y económicos que permiten a las personas usuarias tener el poder y la autodeterminación sobre su trayectoria reproductiva. En esa medida, se busca que todas las personas tengan el poder y los recursos para la toma de decisiones sobre su cuerpo y sexualidad, por ejemplo, a través de la educación sexual integral, el acceso a métodos anticonceptivos, la protección del derecho a decidir, la continuación o interrupción de un embarazo en servicios de salud disponibles, accesibles, aceptables y de calidad (19).

La noción de justicia reconoce que la libertad de tomar decisiones sobre el cuerpo y las relacionadas con la salud sexual y reproductiva, se ve impactada por desigualdades estructurales que incluyen a las relaciones de poder basadas en el género. El Estado es responsable de generar las condiciones óptimas para la toma de decisiones reproductivas de las personas, considerando que estas desigualdades afectan el derecho a la salud, a una vida libre de violencia, así como el derecho al libre desarrollo de la personalidad que implica que las personas puedan controlar y determinar sus procesos reproductivos de manera libre y autónoma (19).

Lo anterior, comprende el reconocimiento de que el acceder a la interrupción del embarazo guarda relación con el bienestar de las mujeres y personas con posibilidad de gestar, y de sus familias y comunidades no sólo cuando su salud se encuentra en riesgo, sino también cuando la continuación del embarazo es incompatible con su proyecto de vida. Es obligación del Estado prevenir los riesgos asociados con el aborto en condiciones poco seguras y proveer la infraestructura para garantizar la efectividad de las decisiones acerca de la salud y libertad reproductiva. La negativa en el acceso al aborto supone la violación a los derechos humanos al obligar a continuar con un embarazo forzado o no deseado, lo cual es equiparable a ser sujeta a tratos crueles, inhumanos o degradantes (19).



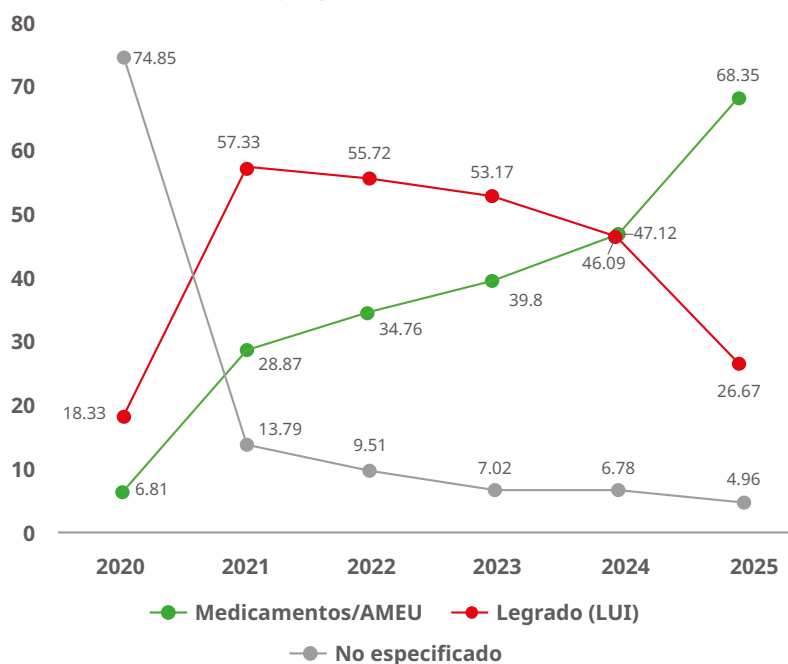
Magnitud del problema público



En los últimos años, México ha consolidado la incorporación del aborto seguro como una política pública prioritaria dentro del Sistema Nacional de Salud, integrándolo progresivamente en los servicios públicos y fortaleciendo su rectoría técnica. Este proceso ha implicado la ampliación de la oferta de servicios, la actualización de prácticas clínicas y la transición hacia métodos más seguros, ambulatorios y costo-efectivo, particularmente el aborto con medicamentos y la aspiración manual endouterina (AMEU).

La evolución del modelo de atención evidencia avances relevantes en la sustitución progresiva de procedimientos más invasivos por intervenciones alineadas con la evidencia científica internacional.

Gráfica 1. Proporción de atenciones por abortos de primer trimestre en primer y segundo nivel de atención y tipo de resolución, 2020-2025



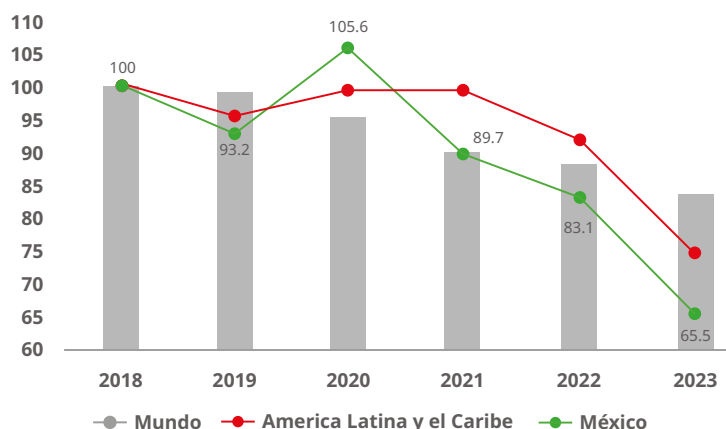
Fuente: Subsistema de Egresos Hospitalarios y Servicios Otorgados. Dirección General de Información en Salud. Datos consolidados de 2020 a 2024 y corte preliminar al 31 de diciembre de 2025.

La Gráfica 1 muestra una disminución sostenida del uso del legrado uterino instrumental (LUI) entre 2020 y 2025, acompañada de un incremento progresivo en el registro adecuado y específico y la utilización de las tecnologías recomendadas. Este comportamiento refleja la implementación efectiva de la política pública y el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primer trimestre de gestación.

■ Mortalidad asociada al aborto

En términos de resultados en salud, durante el periodo 2018–2023, México registró una reducción acumulada del 34.6% en la tasa de mortalidad asociada al aborto en mujeres y personas gestantes de 15 a 54 años.

Gráfica 2. Evolución relativa de la tasa de mortalidad asociada a aborto espontáneo o inducido en mujeres de 15 a 54 años.
Índice base 2018 = 100



Nota: Las tasas corresponden a la suma de los grupos de edad 15–49 y 50–54 años.

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Results. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2024.

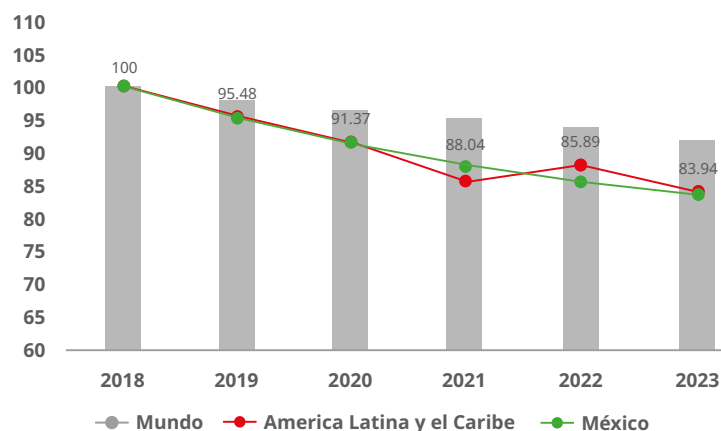
Como se observa en la Gráfica 2, México muestra una reducción relativa más acelerada de la mortalidad en comparación con América Latina y el promedio global, particularmente a partir de 2021. Este descenso es consistente con la ampliación del acceso a los servicios de aborto seguro y la expansión del modelo de atención en el Sistema Nacional de Salud.

No obstante, la persistencia de muertes prevenibles indica que, si bien la tendencia es favorable, aún existen brechas en la implementación homogénea y oportuna de los servicios en todo el territorio nacional y las instituciones del Sistema de Salud.

■ Morbilidad asociada al aborto

Además de la mortalidad, los años vividos con discapacidad (AVD) constituyen un indicador clave de la carga de enfermedad asociada al aborto. Entre 2018 y 2023, México registró una disminución aproximada del 16.1% en los AVD asociados al aborto espontáneo o inducido.

Gráfica 3. Evolución relativa de los años vividos con discapacidad asociados al aborto espontáneo o inducido en mujeres y personas gestantes de 15 a 54 años. Índice base 2018 = 100



Nota: Las tasas corresponden a la suma de los grupos de edad 15–49 y 50–54 años.

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Results. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2024.

La Gráfica 3 muestra una tendencia descendente sostenida, con una aceleración en la reducción a partir de 2021. Este comportamiento confirma una disminución progresiva de la carga de enfermedad asociada al aborto el país.

Sin embargo, la persistencia de AVD prevenibles evidencia que el problema no se limita a la mortalidad, sino que continúa expresándose en secuelas físicas y psicosociales derivadas de atenciones tardías, desiguales y/o inadecuadas.

■ Brechas en el modelo de atención

A pesar de los avances descritos, el LUI continúa representando una proporción significativa de las atenciones en determinados contextos y territorios. Dado que este procedimiento se asocia con mayores riesgos de complicaciones –incluidas hemorragias, infecciones, lesiones vaginales, perforaciones uterinas y daño al tracto uterino– y con un mayor consumo de recursos hospitalarios, anestesia y personal especializado, su persistencia refleja una adopción aún no homogénea de métodos más seguros y costo-efectivos dentro del sistema de salud.

En conjunto, los indicadores epidemiológicos y operativos muestran avances sustantivos derivados de la política pública implementada; no obstante, la permanencia de muertes y secuelas prevenibles, así como la variabilidad territorial en los modelos de atención, evidencian que la magnitud del problema persiste de manera diferenciada según capacidad instalada, organización de los servicios y acceso efectivo a tecnologías costo-efectivas.



3

Obligación de las
instituciones del
Sistema Nacional de
Salud de garantizar
los servicios de
aborto seguro



El aborto es un tema de derechos humanos y de salud pública. Está interrelacionado con otros derechos como el derecho al cuidado, recientemente reconocido por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (28). Esto genera obligaciones para el Estado, orientadas a garantizar el bienestar integral y la dignidad humana. Dichas obligaciones son especialmente relevantes para las personas en situación de vulnerabilidad, dependencia o limitación. Entre ellas se encuentran las mujeres y personas con posibilidad de gestar, quienes históricamente han enfrentado diversas formas de violencia al intentar acceder a un aborto seguro. Este grupo tiene derecho a ejercer la autoatención y también a recibir cuidado por parte del Estado. El cumplimiento de esta obligación se encuentra estipulado en medidas judiciales, legislativas y de políticas públicas que aseguran el acceso a un aborto seguro, con el fin de salvaguardar su salud, autonomía y proyecto de vida de las personas.

Es por ello que existen una serie de recomendaciones en materia de derechos humanos que los Estados deben poner en práctica para prevenir los abortos en condiciones de riesgo mediante servicios de aborto seguro para salvaguardar la salud y la vida de mujeres, niñas y otras personas con posibilidad de gestar. En el caso del Estado Mexicano estas obligaciones deben ser atendidas por las autoridades sanitarias. Es decir, por todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS). Esto lo convierte en una obligación institucional en salud.

El derecho al acceso al aborto seguro forma parte de los compromisos nacionales e internacionales que tiene el Estado Mexicano para garantizar el acceso progresivo, igualitario y no discriminatorio a los servicios de salud sexual y reproductiva. Por lo que se constituye en una obligación de derechos humanos y de salud pública de todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud en México.

De igual manera, esta obligación institucional ha sido reconocida por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). En tesis jurisprudenciales, se ha reconocido que existe una obligación a cargo de las autoridades del sistema de salud de implementar, difundir y organizar los servicios de salud para garantizar el derecho a interrumpir el embarazo y que el no hacerlo, constituye una omisión administrativa³.

En sus resoluciones, la Corte ha señalado que el derecho a decidir comprende dos vertientes: continuar o interrumpir el embarazo. En ambos casos el Estado tiene la obligación de garantizar servicios médicos adecuados, seguros, gratuitos y de calidad, que hagan posible el ejercicio efectivo de esta decisión⁴.

La SCJN ha reiterado esta obligación al declarar inconstitucionales las normas penales tanto locales como federales que criminalizan el aborto. Con ello, insta a todas las instituciones de salud – incluso aquellas sujetas al marco jurídico federal – a eliminar obstáculos y brindar servicios de aborto seguro a quienes lo requieran⁵. Además, mediante jurisprudencia expresa, establece que las autoridades administrativas locales del sector salud deben implementar, difundir y organizar los servicios de salud para garantizar el acceso al aborto electivo o voluntario. De esta forma no queda duda sobre el carácter vinculante de las obligaciones institucionales en la materia⁶.

En cumplimiento y respuesta a esta obligación institucional del sector salud, se incorporó en el *Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024 (PAE-SSR 2020 – 2024)* el componente de *aborto seguro*, el cual debe ser implementado por todo el SNS, que tiene el objetivo de brindar la atención a los abortos espontáneos e inducidos conforme al marco legal vigente. Además, el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2025-2030 prevé en la Estrategia y Línea de Acción 6.4.7: “Asegurar la

³ Resolución de Contradicción de Criterios 125/2025, párrafos 75, 83 y 85.

⁴ Sentencia de Acción de Inconstitucionalidad 148/2017. Párrafos 164, 170 y 175. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/sentencia/2022-05/AI%20148-2017.pdf>

⁵ Sentencia de Amparo en Revisión 267/2023. Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2023-08/230830-AR-267-2023.pdf

⁶ Tesis de Jurisprudencia P./J. 3/2025 (11a.). Publicada el 13 de junio 2025 en el Semanario Judicial de la Federación, con número de registro digital 2030529. Disponible en: <https://sjfsemanal.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2030529>

atención de abortos espontáneos e inducidos de forma segura, en todas las instituciones de salud, conforme al marco legal vigente, para contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna". Este componente de aborto seguro actualmente es coordinado por el CNEGSSR (29) que es el órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud Federal que propone las políticas públicas nacionales en materia de salud sexual y reproductiva. En el marco de su función rectora, el CNEGSSR ejerce la atribución de establecer los modelos de atención y definir la organización de los servicios por niveles de complejidad, con el propósito de asegurar que la prestación de servicios de aborto seguro se integre en los ámbitos de atención más accesibles y resolutivos, mediante el uso de tecnologías seguras, costo-efectivas y sustentadas en la mejor evidencia científica disponible y actualizada.

A partir de la implementación de este componente se han realizado acciones relevantes como la instalación de Servicios de Aborto Seguro (SAS) en todo el país (31) y la emisión de este Lineamiento Técnico en sus distintas ediciones, que establecen los criterios básicos de atención en las unidades de salud para que las mujeres y personas con posibilidad de gestar, incluyendo niñas y adolescentes, que requieran servicios de aborto seguro dentro del territorio nacional, siendo este documento la referencia para la atención del aborto seguro en todo el sector salud.

En la medida en que todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud cumplan su obligación de brindar atención al aborto seguro conforme a los criterios establecidos en este Lineamiento, se garantizará el cumplimiento de los estándares de calidad para este servicio. Ello tendrá un impacto directo en la calidad con que se entregan este tipo de servicios en el país y en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna.

Asimismo, contribuirá a prevenir y atender un problema grave y estructural en México: la violencia sexual. **La oferta de servicios de aborto seguro en estos casos es fundamental, especialmente para niñas y adolescentes, a quienes la ausencia de este servicio las obliga a enfrentar maternidades forzadas en edades tempranas.**

4

Marco de
referencia para
la atención al
aborto seguro



De manera general se mencionan las principales disposiciones jurídicas, programáticas y operativas aplicables a la atención al aborto seguro:

■ Internacional

- Convención Americana sobre Derechos Humanos.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Belém do Pará).
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW).
- Convención sobre los Derechos del Niño.
- Observación General N° 4 del Comité de los Derechos del Niño.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, El Cairo).
- Declaración y Plataforma de Acción de Beijing.
- Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.
- Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.
- Declaración de Nairobi sobre la CIPD 25.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Manuela y Otros vs. El Salvador. Sentencia de 2 de noviembre de 2021. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Artavia Murillo y Otros vs. Costa Rica. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Caso Paulina del Carmen Ramírez Jacinto. Informe No. 21/07, Petición 161-02, Solución Amistosa, 9 de marzo de 2007.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. Opinión Consultiva OC-31/25 sobre el contenido y alcance del derecho al cuidado y su interrelación con otros derechos.

■ Nacional

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley General de Víctimas.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
- Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA-2023, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
- Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA-2025, Para establecimientos de salud y el reconocimiento de la partería, en la atención integral materna y neonatal.
- Norma Oficial Mexicana NOM-046 SSA2- 2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004 SSA3-2012, Del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005 SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016 SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

- Norma Oficial Mexicana NOM-024 SSA3-2012, Sistemas de Información del Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de información en salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental, Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.

■ **Criterios y Precedentes emitidos por el Poder Judicial de la Federación**

- Acción de Inconstitucionalidad 41/2019.
- Acción de Inconstitucionalidad 42/2019.
- Acción de Inconstitucionalidad 54/2018.
- Acción de Inconstitucionalidad 72/2021.
- Acción de Inconstitucionalidad 74/2021.
- Acción de Inconstitucionalidad 85/2016.
- Acción de Inconstitucionalidad 89/2024.
- Acción de Inconstitucionalidad 106/2018 y su Acumulada 107/2018.
- Acción de Inconstitucionalidad 125/2023.
- Acción de Inconstitucionalidad 148/2017.
- Amparo en Revisión 267/2023.
- Amparo en Revisión 274/2024.
- Amparo en Revisión 438/2020.
- Amparo en Revisión 601/2017.
- Amparo en Revisión 636/2022.
- Amparo en Revisión 1388/2015.
- Amparo en Revisión 45/2018.
- Contradicción de Criterios 110/2024.
- Contradicción de Criterios 125/2025.
- Contradicción de Criterios 412/2022.
- Controversias Constitucionales 45/2016 y 53/2016.
- Declaratoria General de Inconstitucionalidad 1/2024.
- Jurisprudencia 1a./J. 230/2025 (11a.): TIPO PENAL DE ABORTO CONSENTIDO Y AUTOPROCURADO ES INCONSTITUCIONAL.
- Jurisprudencia 1a./J. 232/2025 (11a.): ABORTO VOLUNTARIO. LA SANCIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD QUE LO PROCURE ES INCONSTITUCIONAL.

- Jurisprudencia P./J. 3/2025 (11a.): DERECHO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS LOCALES DEL SECTOR SALUD DEBEN IMPLEMENTAR, DIFUNDIR Y ORGANIZAR LOS SERVICIOS DE SALUD PARA GARANTIZARLO.

■ Programático y de Salud

- Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030.
- Programa Sectorial de Salud (PROSEA) 2025-2030.
- Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR).
- Programa de Trabajo de la Estrategia Nacional Para la Prevención del Embarazo Adolescentes.
- Decálogo de Compromisos del sector salud para la prevención y atención integral de la violencia sexual en niñas, adolescentes y mujeres.

■ Lineamientos, Guías y Manuales operativos

- Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Métodos Anticonceptivos en México.
- Lineamiento Técnico para la Prestación de Servicios Anticoncepción Post Evento Obstétrico.
- Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica.
- Lineamiento técnico Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica.
- Lineamiento Técnico para la atención integral de las personas sobrevivientes de abuso y violación sexual.
- Guía de Práctica Clínica Consulta y asesoría médica para el uso de la oclusión tubaria bilateral.
- Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Choque Hemorrágico en Obstetricia.
- Guía de Práctica Clínica Manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva, en el primer y segundo niveles de atención.

- Guía de Práctica Clínica Métodos anticonceptivos temporales: dispositivo intrauterino y condón, consideraciones de uso y aplicación.
- Guía de Práctica Clínica Prevención, detección y atención de la violencia contra las mujeres de 12 a 59 años de edad, con énfasis en la violencia sexual.
- Guía para implementación de Ruta para la Atención y Protección Integral de Niñas y Adolescentes Madres y, o Embarazadas Menores de 15 años.
- Manual de Llenado del Certificado de Defunción y Certificado de Muerte Fetal Modelo 2022.
- Clasificación Internacional de Enfermedades Para las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad. 10ª. Revisión (CIE 10).
- Clasificación Internacional de Enfermedades Para las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad. Guía de Referencia 11ª. Revisión (CIE 11).
- Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.
- Manual de práctica clínica para una atención de calidad en materia del aborto. Organización Mundial de la Salud 2023.
- Directrices sobre la atención del aborto. Organización Mundial de la Salud, Segunda edición 2024.

5

Fundamentos
jurídicos y de
derechos humanos
en la atención al
aborto seguro en
México

5.1	La atención del aborto seguro con enfoque de derechos humanos	49
5.2	El aborto seguro en el marco legal y normativo mexicano	54
5.3	Consideraciones jurídicas en la atención a Niñas y Adolescentes (NA)	69
5.4	Obligaciones éticas y profesionales del personal de salud	74

En este apartado se presenta la fundamentación jurídica actualizada desde el enfoque de los derechos humanos y conforme al marco legal y normativo en México en materia de aborto seguro. El propósito es ofrecer al personal de salud certeza respecto a la atención de los distintos desenlaces de aborto.

Contar con esta base normativa permite disminuir barreras que obstaculizan o retrasan la provisión oportuna e integral de los servicios. De esta forma, se protege el ejercicio pleno de los derechos de quienes requieren un aborto seguro puesto que la negativa de prestar servicios de salud reproductiva en condiciones legales resulta en una práctica discriminatoria (32).



5.1 La atención del aborto seguro con enfoque de derechos humanos

■ Aborto Seguro en el marco jurídico internacional

La atención al aborto forma parte de los derechos sexuales y reproductivos, que son derechos humanos reconocidos en tratados y acuerdos internacionales suscritos por México. Estas disposiciones internacionales, consideran como un derecho humano el acceso a un aborto seguro, por ello han recomendado prevenir los abortos en condiciones de riesgo, garantizando la existencia de servicios de aborto seguro y de calidad para las personas que los requieran, con el objeto de salvaguardar su salud y su vida⁷.

■ Aborto Seguro desde el marco jurídico constitucional mexicano

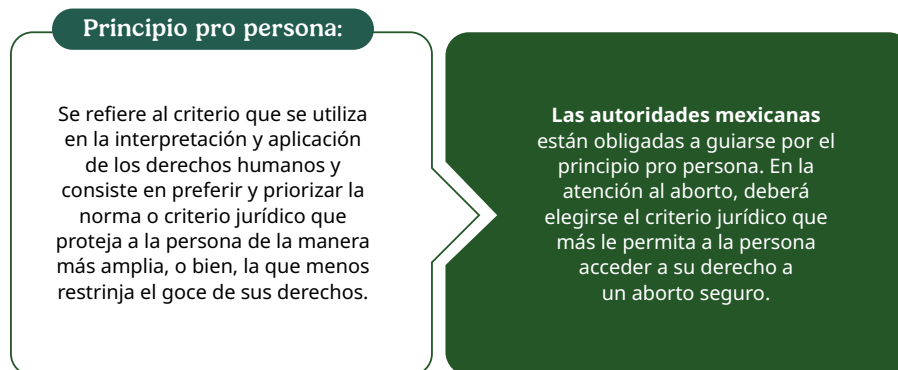
El contenido de estos instrumentos internacionales que consideran el acceso al aborto como un derecho humano, es reconocido en nuestro país, con fundamento en lo establecido en el artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que contempla que *todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que México sea parte y que estas normas de derechos humanos se interpretarán favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia*, en cumplimiento del principio pro persona⁸ (33). Además, este **artículo 1º, en su párrafo tercero, incorpora la obligación de que todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos**⁹. Por otro lado, el **artículo 4º, en sus párrafos segundo y cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos**

⁷ Instrumentos internacionales como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, Egipto, Consenso de Montevideo, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.

⁸ Principio que se utiliza en la interpretación de los derechos humanos priorizando la norma o el criterio jurídico que más proteja a la persona.

⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 1º, párrafo tercero.

Mexicanos, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y a decidir el número y espaciamiento de sus hijos, es decir, a la autonomía reproductiva¹⁰ (34).



Fuente. Elaboración propia CNEGSSR, 2026.

■ Reconocimiento del aborto como un tema de derechos humanos y un asunto de salud pública por parte de la Suprema Corte de Justicia de la Nación

La SCJN ha emitido sentencias y criterios judiciales en las que, desde la aplicación del principio pro persona, se protege la salud y el derecho a decidir de las mujeres y personas con posibilidad de gestar. Esto con fundamento en los artículos 1° y 4° constitucionales, así como en cumplimiento a las obligaciones convencionales relacionadas con garantizar el acceso de las mujeres y niñas a servicios de salud para atender el aborto sin riesgo, así como derogar las disposiciones que toleren la violencia (como las que penalizan el aborto voluntario).

■ Autonomía reproductiva y el derecho a decidir

El aborto forma parte del derecho a decidir de las mujeres y personas con posibilidad de gestar, por lo que garantizar su acceso forma parte de la protección del derecho humano a la salud. Este derecho fue reconocido en la Acción de Inconstitucionalidad 148/2017 (19) -una de las sentencias más trascendentes en esta materia-, emitida en septiembre de 2021. En consecuencia, la SCJN determinó que la criminalización absoluta del aborto es inconstitucional y por ello, declaró inválidas e inconstitucionales las penas

¹⁰ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4°, párrafo segundo.

privativas de la libertad previstas tanto para la mujer o persona gestante que se practique un aborto de manera voluntaria, como para las personas que asistan estos procedimientos con el consentimiento de la persona embarazada (como es el caso del personal de salud).

Esta sentencia es un precedente obligatorio en el territorio nacional¹¹. Esto significa que jueces y juezas del país tienen la obligación de aplicar el precedente referido, de tal manera que cualquier intento de criminalización por la práctica de un aborto voluntario será improcedente por ser inconstitucional como lo declaró el máximo Tribunal de nuestro país.

Al declararse la inconstitucionalidad de la criminalización del aborto, este precedente obliga a las autoridades ministeriales a no iniciar investigaciones relacionadas con sospecha de abortos inducidos⁽¹⁹⁾. Sin embargo, si llegara a iniciarse algún proceso penal, éste sería improcedente, ya que la jurisprudencia de la SCJN brinda la protección jurídica tanto a las personas que abortan como para el personal de salud que haya acompañado un proceso.

La SCJN reconoce que el aborto es un servicio prioritario de salud sexual y reproductiva. En este sentido, el derecho a decidir funciona como un instrumento para ejercer el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía personal y la protección de la intimidad. Permite a la mujer o a la persona con capacidad de gestar evaluar quién quiere ser y elegir si desea o no ser madre. De esta manera, **la Corte afirma que en la maternidad debe prevalecer la voluntad y el deseo de que la vida personal atreviese esta faceta¹².**

¹¹ Ley de Amparo, artículo 222.

¹² Sentencia de Acción de Inconstitucionalidad 148/2017. Párrafo 74. Se precisa que si bien la Corte en esta cita hace referencia a “elegir si desea o no ser madre” y que “en la maternidad debe prevalecer la voluntad (...) es importante tomar en cuenta que existen otras personas gestantes que no se identifican con las categorías tradicionales de “madre” o “padre”, por lo que propiamente este señalamiento deberá entenderse que aplica a toda persona embarazada.

En síntesis, los criterios de la Corte reconocen el **aborto como una intervención terapéutica recomendada para preservar o restaurar la salud integral de las mujeres y personas con posibilidad de gestar, entendida como la protección de un estado de bienestar físico, mental y social.**

Esta interpretación establece una relación específica entre salud, bienestar e interrupción del embarazo, reconociendo el acceso a un aborto seguro como una condición que contribuye al bienestar de las mujeres, no solo cuando su integridad física está en riesgo, sino también cuando la continuación del embarazo es incompatible con su proyecto de vida¹³.

Jurisprudencia 1ª./J. 230/2025 (11ª.) y Jurisprudencia 1a./J. 232/2025 (11a.)¹⁴

Luego de la Acción de Inconstitucionalidad 148/2017, la SCJN ha emitido jurisprudencias en la materia que han reforzado la existencia del derecho a decidir, entre las que se encuentran:

- a) **La jurisprudencia 1ª./J. 230/2025 (11ª.),** en la que se declara de manera expresa que el ***tipo penal de aborto consentido y autoprocurodo es inconstitucional*** ya que anula por completo el derecho de las personas con posibilidad de gestar decidir sobre su cuerpo lo que interfiere en su vida privada y las obliga a recurrir a procedimientos clandestinos, lo que tiene graves consecuencias para su salud y afecta el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, su plan de vida y su bienestar¹⁵. Con esto, la Corte reafirma que el aborto no es un delito, sino un tema de derechos humanos y de salud pública.
- b) **La Jurisprudencia 1a./J. 232/2025 (11a.)** que señala que resultan **inconstitucionales las normas penales que contemplan sanciones para el personal de salud que lleve a cabo o procure los abortos voluntarios**, ya que sancionarles por este motivo constituye un acto discriminatorio en su contra, al estigmatizar su labor por atentar contra un determinado modelo de valores sociales y morales, lo que, a su vez, genera un efecto inhibitorio que impacta

¹³ Suprema Corte de Justicia de la Nación en la Sentencia de Amparo en revisión 1388/2015, párrafos 116 y 117 y en la sentencia de Acción de Inconstitucionalidad 148/2017 párrafo 127.

¹⁴ Estas Jurisprudencias pueden consultarse en: <https://bj.scjn.gob.mx/documento/tesis/2031125> y <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2031051>

¹⁵ Aunque la jurisprudencia hace alusión al “derecho de las mujeres” lo señalado en esta Jurisprudencia es extensivo y aplicable para todas las personas con posibilidad de gestar.

directamente en el derecho de las mujeres y personas con posibilidad de gestar a acceder a un servicio de salud aceptable, disponible y de calidad. Por lo que el **Estado está obligado a evitar que las personas que prestan servicios de interrupción del embarazo sufran cualquier tipo de acoso, intimidación, discriminación, estigmatización y criminalización.**

■ **El aborto seguro como cumplimiento del derecho humano a la protección a la salud**

De conformidad con lo dispuesto por la Corte, la atención al aborto es un derecho humano que conlleva la protección y garantía del derecho a la salud y a la autonomía reproductiva. **Corresponde al Estado mexicano, a través de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, garantizar ese derecho a través de la implementación de servicios que brinden la atención al aborto seguro, en la forma y términos que establezca el marco jurídico vigente.**

Al respecto, la Corte también ha reconocido que la omisión de las autoridades de salud de implementar y difundir los mecanismos necesarios para garantizar el acceso a la interrupción del embarazo constituye una omisión administrativa susceptible de ser reclamada a través las vías legales conducentes¹⁶.

¹⁶ Resolución de Contradicción de Criterios 125/2025, párrafo 75.

5.2 El aborto seguro en el marco legal y normativo mexicano

La atención al aborto seguro incluye a todos los desenlaces de abortos tanto espontáneos como inducidos para garantizar en todos los casos la protección del derecho humano a la salud, con fundamento en los artículos 1° y 4° constitucionales.

En el caso de los abortos espontáneos, queda claro que su atención se fundamenta en evitar complicaciones por la pérdida espontánea de un embarazo, asegurando el derecho a la protección a la salud y el bienestar de la mujer o persona con capacidad de gestar, mediante las intervenciones médicas o quirúrgicas que se requieran.

En el caso de los abortos inducidos, desde luego también se busca de manera prioritaria la protección de la salud de las personas usuarias que solicitan este servicio, asegurando que el procedimiento médico que se les realice sea seguro y de calidad, pero además el servicio debe brindarse conforme al marco legal y normativo de nuestro país que prevé tres formas en que se puede acceder a esta atención y establece características para cada una de ellas. Como se expone a continuación:



*Para mayor referencia sobre estos supuestos se sugiere consultar el Anexo 1 de este Lineamiento o directamente la legislación aplicable.

Fuente: Elaboración propia con base en el marco jurídico. CNEGSSR, 2026.

■ Interrupción Legal del Embarazo (ILE)

Es aquella que se lleva a cabo en el periodo contemplado por la legislación aplicable para que la mujer o persona gestante pueda tomar decisiones libres e informadas en ejercicio de su autonomía reproductiva. En México, esta atención médica está protegida por el marco legal en cada entidad federativa que ha reformado su legislación en la materia, pero también por el marco constitucional que protege y garantiza el derecho a la salud, desde el cual se puede fundamentar su atención incluso en aquellas entidades donde aún no se ha reformado la legislación local para incorporarla, esto garantiza los derechos humanos, en apego a lo resuelto por la Corte¹⁷.

En este sentido, la ILE en los servicios de salud se practica a libre solicitud de la persona embarazada, quién encontrándose en el periodo gestacional previsto en la legislación, manifiesta su decisión de interrumpir su embarazo.

Actualmente la ILE está contemplada en 25 entidades federativas del país¹⁸. En la mayoría de ellas se reformaron los códigos penales estatales para establecer un periodo en el que se puede llevar a cabo un aborto sin consecuencias penales. Por su parte, a nivel federal, en la sentencia de amparo en revisión 267/2023, se declararon inconstitucionales las disposiciones jurídicas que criminalizaban el aborto voluntario y se ordenó al Congreso de la Unión que derogue los artículos del Código Penal Federal que imponían sanciones tanto a la persona gestante que optaba por un aborto como a quienes los asistan¹⁹. Con ello las instituciones del sector salud que apegan su actuación a las disposiciones jurídicas federales tienen certeza jurídica para cumplir con su obligación institucional de brindar la atención a la ILE y otros desenlaces de aborto.

¹⁷ Es por esta razón que la Corte ha emitido sentencias en las que se ordena brindar la atención de ILE en entidades federativas donde aún el Congreso no realiza la reforma legislativa para la despenalización, como en el caso de Querétaro en el Juicio de Amparo 1093/2023 y Durango en el Juicio de Amparo 1317/2023.

¹⁸ Este dato se encuentra actualizado a la emisión del presente Lineamiento, sin embargo, es susceptible de cambiar a partir de las sentencias y/o reformas legislativas que se emitan posteriormente. Para mayor detalle al respecto se sugiere revisar en el apartado de Anexos de este Lineamiento la tabla de causales de aborto o bien, consultar directamente la legislación aplicable.

¹⁹ Sentencia de Amparo en Revisión 267/2023. Disponible en: https://www2.scjn.gob.mx/juridica/engroses/1/2023/2/2_311450_6648_firmado.pdf

La mayoría de las entidades federativas establece un plazo de 12.6 semanas completas de gestación para la ILE, con excepción de Sinaloa, que contempla 13.6 semanas completas, y Aguascalientes, que redujo su límite a 6.6 semanas completas de gestación tras una reforma legislativa en 2023²⁰. Esto demuestra que el plazo de 12 Semanas de Gestación (SDG) no es absoluto, puede variar de acuerdo a lo que determinen los congresos estatales o el congreso federal. Estas autoridades, como parte del Estado, tienen la obligación de legislar garantizando la incorporación y aplicación de los avances científicos en los marcos normativos, en cumplimiento del principio de máxima protección de los derechos humanos, en beneficio de las personas, en apego a lo dispuesto en el artículo 1 constitucional²¹.

Entidades federativas que cuentan con ILE



Fuente: Elaboración propia con base en el marco jurídico. Estos datos son susceptibles de cambiar a partir de las sentencias y/o reformas legislativas que se emitan posteriormente. CNEGSSR, 2026.

²⁰ En octubre de 2024, la Comisión Nacional de Derechos Humanos presentó la Acción de Inconstitucionalidad 173/2024 en contra de esta reforma, por considerar que constituye una regresión de derechos. Actualmente se encuentra pendiente de resolución.

²¹ Por ejemplo, en países como Argentina y Colombia, se ha legislado para garantizar el derecho a decidir en plazos de 14 y 24 SDG, respectivamente. Ver Código Penal de la Nación Argentina, artículo 86 y Ley No. 27610 sobre el Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, artículo 4° y Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional de Colombia.

Además, la SCJN, en sus precedentes, ha reiterado que el embrión o el feto escapan de la noción de persona, pues la titularidad de los derechos humanos está determinada por el nacimiento. Por lo que los procedimientos que se realicen intraútero, antes del nacimiento, no son susceptibles de criminalización, siempre que sea con el consentimiento de la persona embarazada.

■ Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

El concepto de IVE se introdujo en la Ley General de Víctimas (LGV) en el año 2013, como **un derecho de quienes enfrentan un embarazo producto de violencia sexual, o cualquier otra conducta que afecte su integridad física o psicológica**. La LGV establece que las instituciones hospitalarias públicas federales, estatales, y municipales tienen la obligación de brindar atención de emergencia inmediata a las víctimas que lo requieran. En estos casos, se debe garantizar -a las víctimas de violación sexual, o de cualquier otra conducta que afecte su *integridad física o psicológica*- *el acceso a los servicios de anticoncepción de emergencia y de interrupción voluntaria del embarazo con absoluto respeto a la voluntad de la víctima*²².

En concordancia con la LGV, la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención (NOM 046), dispone que las y los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud, deben brindar servicios de IVE de manera inmediata, sin exigir la presentación de una denuncia ante la autoridad. Asimismo, la NOM 046 contempla que, en el caso de niñas menores de 12 años, la solicitud será realizada por su madre y/o su padre, tutor o autoridad competente²³.

²² Ley General de Víctimas, artículos 29, 30, fracciones IX y X, 35

²³ Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, numerales 2 y 6.4.2.7.

6.4.2.7. (NOM 046):

“En caso de embarazo por violación, las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica, deberán prestar servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por ley, conforme a lo previsto en las disposiciones jurídicas de protección a los derechos de las víctimas, previa solicitud por escrito bajo protesta de decir verdad de la persona afectada de que dicho embarazo es producto de violación; en caso de ser menor de 12 años de edad, a solicitud de su padre y/o su madre, o a falta de éstos, de su tutor o conforme a las disposiciones jurídicas aplicables. El personal de salud que participe en el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo no estará obligado a verificar el dicho de la solicitante, entendiéndose su actuación, basada en el principio de buena fe (...).”

■ Características de la atención a la IVE:

a) Su tratamiento es de urgencia médica y bajo el principio de buena fe y no revictimización

Es legal en todo el país y su atención es considerada una urgencia médica en términos del artículo 30 fracciones IX y X de la Ley General de Víctimas y del numeral 6.4.1 de la NOM 046, esto significa que su atención debe darse de manera inmediata, sin obstáculos ni dilaciones. **No es necesario que exista denuncia ni autorización de alguna autoridad para que proceda la atención de la IVE.**

El único requisito previo a la prestación del servicio, señalado por la NOM 046, es la solicitud por escrito bajo protesta de decir verdad, en la que la persona afectada manifieste que dicho embarazo es producto de una violación. El personal de salud no está obligado a verificar el dicho de la solicitante, ya que su actuación se da bajo el principio de buena fe hacia las víctimas, previsto en el artículo 5 de la LGV.

De igual manera, al tratarse de una atención prevista para víctimas de violencia sexual, las instituciones y personal de salud deberán atender el principio de no revictimización (también conocido como principio de no victimización secundaria) que consiste en la obligación que tienen las autoridades del Estado, en este caso las instituciones y personal del Sistema Nacional de Salud, de garantizar que las características y condiciones particulares de la usuaria no sean motivo para negarle su calidad de víctima ni exigir mecanismos o procedimientos que agraven su condición ni tampoco establecer requisitos que obstaculicen e impidan el ejercicio de sus derechos ni la expongan a sufrir un nuevo daño por la conducta de los servidores públicos. Esto se traduce a evitar acciones u omisiones que provoquen un sufrimiento añadido, culpa o cuestionamiento a una persona que ya ha sido víctima de un delito o violación a sus derechos humanos.

b) A partir de los 12 años puede solicitarse de manera autónoma

En los casos de niñas y adolescentes, debe observarse lo dispuesto en el numeral 6.4.2.7 de la NOM 046, que prevé que **las adolescentes de 12 años en adelante pueden solicitar la IVE de manera autónoma, es decir, por si mismas.**

Cuando se trate de niñas de 11 años o menos, la solicitud de IVE debe ser presentada por la madre, padre o persona tutora, quienes ostentan la representación originaria, de acuerdo con lo establecido en la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. En caso de que no se cuente con esta representación para solicitar el servicio de aborto, el personal de salud deberá proceder de conformidad con el artículo 106 de la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, que prevé la representación en suplencia por parte de la PPNNA. En todo caso, si no se cuenta con ninguna de las figuras de representación aludidas, se deberá actuar conforme a lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica, que refiere que los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

Independientemente de lo señalado en el párrafo anterior, **tratándose de personas menores de edad, todas las solicitudes de IVE se harán del conocimiento de la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (PPNNA)**, para que esta instancia cumpla con su obligación de velar por el interés superior de la infancia y realice las gestiones necesarias para que la niña o adolescente ejerza sus derechos.

c) Inexistencia de límites gestacionales

La Corte ha determinado que es inconstitucional establecer límites gestacionales para acceder a la IVE, ya que tales límites constituyen barreras para las víctimas de delitos sexuales ante la situación de mayor vulnerabilidad en razón de género y en razón de edad, sobre todo para niñas y adolescentes, implicando una negación

a la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad²⁴. Además, la LGV y la NOM-046 SSA2-2005 no establecen límites gestacionales para que las víctimas puedan ver garantizado este derecho a la IVE por los servicios de salud. En consecuencia, aquellas disposiciones jurídicas o porciones normativas de códigos penales que establezcan algún límite gestacional para acceder a un aborto por violación resultan inválidas e inconstitucionales, por lo que **la IVE deberá otorgarse sin límite gestacional**.

Es importante precisar que al realizar un procedimiento de aborto en etapas gestacionales avanzadas no se está incumpliendo con ninguna disposición jurídica, pero tampoco se incumple con alguna disposición técnica o clínica, ya que la evidencia científica respalda la seguridad de los métodos para la interrupción del embarazo cuando se realizan de manera adecuada conforme a las necesidades y etapa gestacional de cada caso²⁵.

Además, existen también sentencias de Acción de Inconstitucionalidad, que han resuelto que es **inconstitucional la protección del derecho a la vida desde la concepción**²⁶, siendo estas resoluciones precedentes obligatorios en nuestro país. En ese sentido, el feto no tiene personalidad jurídica. Por lo que los procedimientos que se realicen intraútero, antes del nacimiento, no son susceptibles de criminalización, siempre que sea con el consentimiento de la persona embarazada. Esto también se encuentra en consonancia con la definición de aborto inducido de la OMS, que refiere que es *la pérdida intencional de un embarazo intrauterino (...) que no tiene la intención de resultar en un nacimiento vivo* (2).

²⁴ Sentencia de Acción de Inconstitucionalidad 148/2017. Párrafos 328 a 334 y Sentencia de Amparo en Revisión 438/2020.

²⁵ World Health Organization, Abortion care guideline. Geneva, 2024, página 28 <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/dd3d3a9c-6446-4e79-a43c-093a41df46bd/content>

²⁶ Sentencia de Acción de Inconstitucionalidad 106/2018 y su acumulada 107/2018 (Sinaloa), Acciones de inconstitucionalidad 41/2019 y su acumulada 42/2019 (Nuevo León), Acción de inconstitucionalidad 85/2016 (Veracruz), Acciones de inconstitucionalidad 72/2021 y su acumulada 74/2021 (Aguascalientes)

d) Aviso al Ministerio Público (MP) y Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (PPNNA)

Otro aspecto que considerar en la atención de la IVE es el Aviso al Ministerio Público (MP) que las instituciones de salud deben dar en los casos de violencia sexual o familiar, conforme a lo previsto en el numeral 6.5. de la NOM 046. Es importante resaltar que **la finalidad de este aviso es hacer del conocimiento los actos de violencia cometidos en perjuicio de una niña, adolescente, mujer o persona con capacidad de gestar y de ninguna manera busca la criminalización de la víctima. Tampoco condiciona la atención que debe otorgarse de inmediato por tratarse de una urgencia médica.** Su único propósito es permitir que el MP de seguimiento al evento de violencia referido por la víctima, si así lo considera procedente.

De igual manera, como ya se mencionó en el inciso b) de este apartado, en todos los casos de atenciones de IVE en personas menores de edad, deberá darse el aviso a la PPNNA, a fin de que esta instancia vele por el interés superior de la niñez y adolescencia, brindando el acompañamiento que corresponda a la niña o adolescente. La PPNNA realizará todas aquellas gestiones necesarias para que la niña o adolescente pueda acceder a su derecho a la IVE, incluyendo la representación legal, en los casos en que esto sea necesario.

Para efectos de acreditación y trazabilidad, los avisos al MP y a la PPNNA deberán constar en el expediente clínico, junto con la descripción y documentación de la atención médica brindada. Con ello, se acredita que el sector salud actuó dentro de sus competencias y atribuciones, notificando a las autoridades correspondientes, a fin de que estas intervengan conforme a sus atribuciones y se garantice una respuesta integral de protección a la víctima.

Asimismo, en cumplimiento de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) y para efectos de implementar de manera eficiente la ruta NAME a nivel nacional y proteger a las niñas embarazadas de 10 a 14 años, esta población se atenderá como una urgencia médica en el marco de la NOM-046 (8).

El motivo del aviso es la violencia sexual de la cual ha sido víctima la persona usuaria y no es sinónimo de denuncia, por lo que este aviso no condicionará de ninguna forma la atención que debe brindarse en estos casos. Estos términos son de observancia obligatoria para todo el Sistema Nacional de Salud.

e) Otras conductas que dan procedencia a la atención a la IVE

Además del delito de violación, los distintos códigos penales del país contemplan una serie de delitos sexuales que implican una coacción y coerción de la voluntad en el acto sexual y como consecuencia de ello resulte un embarazo forzado y no deseado. En consecuencia, **la IVE se deberá prestar a todas las víctimas de delitos de naturaleza sexual**, como lo son la violación equiparada, el estupro, la pederastia, el abuso sexual, el incesto, etc.; **conductas delictivas en las que se considera que hubo alguna circunstancia que coaccionó de alguna forma el consentimiento y que son delitos sexuales tipificados de manera diversa en los códigos penales del país.**

Tomar en cuenta estas otras conductas delictivas de índole sexual que pueden dar como resultado un embarazo forzado, permitirá que pueda visibilizarse y atenderse situaciones de violencia sexual que a lo mejor de inicio ni siquiera son identificadas o referidas por la propia víctima o han sido tan normalizadas por la sociedad que pasan inadvertidas. Como las relaciones sexuales forzadas entre cónyuges o parejas estables, relaciones entre una niña o adolescente y una persona mayor en una aparente relación consensuada de noviazgo o de pareja en el que se identifican indicios o factores que coaccionaron de alguna forma el acto

sexual²⁷ como la disparidad en la edad, utilización de técnicas de seducción, chantaje emocional, coacción económica o de cualquier índole. Cuando el personal de salud detecte o identifique estas situaciones la atención que se realice debe de ser conforme a lo previsto en la NOM 046. Para mayor información acerca de la detección e identificación de la violencia sexual, se sugiere consultar el Lineamiento técnico para la atención integral de las personas sobrevivientes de abuso y violación sexual en México, 2026, emitido por la Secretaría de Salud.

■ Consideraciones sobre la toma de indicios en caso de IVE (35)

La cadena de custodia es el procedimiento que garantiza la preservación y trazabilidad de los indicios relacionados con un posible delito, de acuerdo con lo establecido en los artículos 227 y 228 del Código Nacional de Procedimientos Penales (CNPP).

En los casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) derivados de violencia sexual, y de conformidad con lo establecido en la NOM-046, cuando las instituciones de salud constituyan el primer punto de contacto para la atención de la violencia sexual, se deben realizar la toma, preservación y resguardo de los tejidos expulsados que puedan vincularse con procesos de acceso a la justicia. Lo anterior, con el propósito de ponerlos a disposición de las autoridades competentes para la aplicación de la cadena de custodia, en los siguientes supuestos:

- a) Cuando se trate de personas menores de edad, o
- b) Cuando la persona usuaria mayor de edad manifieste de manera expresa su decisión de presentar una denuncia (debe quedar asentado de manera clara y explícita en el expediente clínico la voluntad de la usuaria, tanto si desea denunciar como cuando decide no hacerlo).

²⁷ En la NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, en su numeral 6.8.10 establece que, en el caso de embarazo en menores de 15 años, el personal de salud debe buscar factores de riesgo, signos y síntomas para descartar posible violencia y/o abuso sexual y en su caso, se deberá de proceder conforme a lo establecido en la NOM 046.

En ningún caso se debe obligar a las personas usuarias a llevar consigo los tejidos o restos producto del procedimiento, ya que ello constituye una práctica revictimizante, a menos que la persona exprese lo contrario.

Para facilitar la recolección oportuna de indicios, se recomienda el uso de la técnica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU). Cuando se opta por medicamentos, el procedimiento debe realizarse en hospital para mejorar la recolección. Es esencial dar el aviso al Ministerio Público como lo contempla el numeral 6.5. de la NOM 046 para que esta institución recoja estos indicios.

■ **Aborto seguro para proteger la salud integral de la persona**

Históricamente el aborto ha sido regulado en los códigos penales desde el siglo XIX, principalmente desde una visión punitiva. En este marco, las causales de aborto legal se han configurado como excepciones que permiten interrumpir un embarazo sin sanciones, lo que ha reforzado la noción de que el aborto constituye un delito.

En los últimos años, América Latina ha registrado un cambio de paradigma en la concepción jurídica de este servicio de salud. Este cambio ha generado la evolución jurisprudencial de las Cortes constitucionales de la región, que han fortalecido la protección de los derechos sexuales y reproductivos.

En México, este proceso se consolidó con la Acción de Inconstitucionalidad 148/2017, resuelta en 2021 por la SCJN. A partir de esta sentencia se han generado transformaciones judiciales y legislativas que reconocen el acceso al aborto como un derecho humano y como un procedimiento médico que el Estado debe garantizar de manera segura, universal y gratuita, en cumplimiento del derecho humano a la protección de la salud.

En este contexto, el aborto voluntario de acuerdo con lo resuelto por la Corte a partir de la interpretación de la Constitución y los tratados internacionales aplicables, **se reconoce como un procedimiento de salud y no como un delito**. Por lo que las causales que se contemplan en la legislación penal como supuestos en los que procede la práctica de un aborto,

deben interpretarse de manera amplia, desde un enfoque de derechos humanos, como una forma y oportunidad de proteger en todos los casos el derecho a la salud integral de la persona.

La salud integral de la persona se refiere al estado completo del bienestar abarcando no solo la ausencia de enfermedades, sino también a las esferas de salud física, mental y social, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Implica un enfoque holístico que considera la interconexión de estos aspectos y busca promover un equilibrio entre ellos para alcanzar un estado óptimo de bienestar general. Esta definición es retomada por la Ley General de Salud en el artículo 1 Bis. **La atención del aborto seguro tiene como objetivo proteger el bienestar integral de las personas, es decir, desde la interrelación de sus tres componentes.**

Esto supone que el personal de salud debe garantizar de manera continua la protección del bienestar físico, mental y social de la mujer o persona con posibilidad de gestar durante todo el proceso de atención del embarazo. **En este sentido, desde la primera consulta prenatal y en cada seguimiento subsecuente, el interrogatorio clínico debe orientarse a una valoración integral de la situación de cada persona usuaria, considerando su salud integral.**

Si durante estas valoraciones el personal de salud identifica que la continuación de un embarazo afecta una o varias de estas esferas de la salud integral de las personas es importante que comunique esta información a la persona usuaria para que ésta en ejercicio de su derecho a decidir manifieste su decisión de continuar o no con su embarazo. **Cuando una persona usuaria decida interrumpir su embarazo se proporcionará el servicio de un aborto seguro para efectos de restaurar, proteger y/o limitar los daños a la salud en su integralidad²⁸**, por lo que el personal de salud deberá analizar su situación específica para brindarle las opciones existentes y adecuadas que le permitan llevar a cabo su decisión de manera segura.

A partir de las valoraciones realizadas por el personal de salud en las que se identificó la afectación o afectaciones a una o más esferas de la salud integral, se puede determinar si la atención corresponde a una ILE o IVE, o

²⁸ Sentencia de Amparo en Revisión 1388/2015 y la sentencia de Acción de Inconstitucionalidad 148/2017.

bien, evaluar la existencia de comorbilidades o diagnósticos que puedan afectar su salud tanto física, como mental y/o social con la continuación del embarazo. **La SCJN ha reconocido que la sola manifestación de no desear o continuar con el embarazo puede reflejar una afectación a la salud, al menos en su esfera mental**²⁹.



Fuente: Elaboración propia con base en el marco jurídico. CNEGSSR, 2026.

Nota: esta figura presenta los distintos supuestos que dan procedencia a la práctica de un aborto seguro buscando la protección a la salud integral de la persona, todas estas situaciones están a su vez fundamentadas en el ejercicio de la autonomía reproductiva. Para una mayor precisión se sugiere ver **Anexo 1** de este Lineamiento sobre *Supuestos Jurídicos que hacen procedente un aborto seguro en México*.

Una vez identificadas las afectaciones a la salud de la persona usuaria, en cualquiera de sus esferas, corresponderá determinar cuál de las causales o supuestos previstos en la legislación aplicable le permite ejercer su derecho de acceso al aborto seguro. A partir de esto, deberá definirse la **ruta de atención que garantice la protección más amplia a su salud y bienestar integral, en términos del principio pro persona** y con fundamento en los artículos 1º y 4º de la Constitución Política Mexicana.

²⁹ Sentencia de Acción de Inconstitucionalidad 148/2017. Párrafo 270

La OMS ha recomendado que hasta que se reconozca el acceso al aborto de manera voluntaria en todos los casos, las causales o supuestos previstos en la legislación para el acceso al aborto deben formularse y aplicarse de forma coherente con el derecho internacional de los derechos humanos.

Es fundamental enfatizar que la atención al aborto seguro no depende exclusivamente de lo establecido en los códigos penales locales, sino que constituye una obligación constitucional y convencional de las autoridades de salud. Esta obligación tiene como propósito proteger la salud y la autonomía reproductiva de las niñas, adolescentes, mujeres y personas con posibilidad de gestar, con especial atención a quienes se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad, como la niñez, la adolescencia, las personas con discapacidad o quienes enfrentan limitaciones socioeconómicas,

educativas o de acceso a la información. Por lo que en estos casos es menester del personal de salud utilizar el principio pro persona y aplicar el criterio jurídico que le permita acceder a un aborto seguro a la persona usuaria para proteger su salud integral. Esta aplicación de las causales o supuestos en la atención al aborto seguro ha sido reconocida por la SCJN en la Jurisprudencia 1ª./J.230/2025 (11ª.) en la que se señala que *condicionar el acceso al aborto a que sea producto de una imprudencia o una violación, o a que la mujer se encuentre en grave peligro de muerte, refuerza la subsistencia de la noción de criminalidad en torno a este procedimiento, pues aun cuando se descarte la aplicación de una pena, se sigue concibiendo la conducta como un delito*. Desde este enfoque debe considerarse como indicaciones para llevar a cabo un aborto, cuando se presenten circunstancias que afectan y vulneran de alguna forma la salud integral de la persona (afectaciones a sus esferas de salud física, mental y/o social) por lo que las leyes estatales o federales, en este caso no pueden restringir el acceso ni limitar el plazo de un aborto en estos casos, ya que debe llevarse a cabo cuando se requiera para garantizar adecuadamente el derecho humano a la protección de la salud.

5.3 Consideraciones jurídicas en la atención a Niñas y Adolescentes (NA)

El embarazo en niñas y adolescentes es un problema grave de salud pública en México. Si bien esta problemática se asocia comúnmente a la violencia sexual, existen múltiples causas que pueden dar lugar a esta situación, todas ellas relacionadas con una violencia de género estructural. El embarazo en estas edades conlleva diversos riesgos físicos, sociales y psicológicos, que requieren estrategias efectivas de prevención y atención desde el sector salud. Por estas razones, la atención de aborto seguro que se brinde a esta población, particularmente en los casos de NA embarazadas menores de 15 años, es susceptible de ser atendida como una IVE, ya sea por la identificación de violencia sexual, o bien, por las afectaciones que trae un embarazo en estas edades a la integridad física y psicológica, como lo prevé el artículo 35 de la LGV. En este sentido, los servicios de salud en la atención que brinden a NNA deben aplicar una serie de principios de derecho para promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de esta población.

Desde el ámbito internacional, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha llamado a los Estados de la región a crear las condiciones necesarias para garantizar el ejercicio de la autonomía reproductiva de las mujeres y adolescentes, esto se refiere al derecho a tomar decisiones autónomas sobre el cuerpo, el plan de vida y la salud sexual y reproductiva, libre de toda violencia, coacción y discriminación. Esto incluye, entre otras medidas, asegurar el acceso a información y servicios de salud sobre anti-concepción y acceso al aborto seguro (36).

De igual manera, existen instrumentos internacionales que prevén recomendaciones en esta materia, considerando a la población de NNA, como *la prevención de abortos en condiciones de riesgo requiere, entre otras medidas, garantizar el acceso de las mujeres y las niñas a servicios de aborto sin riesgo y asegurar la existencia de servicios seguros y de calidad de aborto para las mujeres y niñas que cursan embarazos no deseados*. En consecuencia, los Estados deben adoptar medidas legales y de políticas para garantizar la

prevención de los embarazos no deseados y los abortos en condiciones de riesgo, que incluyan a las niñas y adolescentes, al respecto, se recomienda revisar el *Lineamiento técnico para la atención integral de las personas sobrevivientes de abuso y violación sexual en México* emitido por la Secretaría de Salud para mayor información acerca de la obligación que tiene el personal de salud de realizar detección e identificación de factores e indicios de violencia en esta población, particularmente en los casos de niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años.

En este sentido es importante tomar en cuenta que en cumplimiento y alineación a la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) y para efectos de implementar de manera eficiente la ruta NAME a nivel nacional y proteger a las niñas embarazadas de 10 a 14 años, esta población se atenderá en el marco de lo que prevé la Ley General de Víctimas que contempla que a toda víctima de violencia sexual o cualquier otra conducta que afecte su integridad física o psicológica deberá de garantizarse el acceso a una IVE, siguiendo el protocolo previsto en la NOM 046, dando los avisos tanto al Ministerio Público como a la PPNNA (8), en atención a los deberes reforzados de protección para esta población, acorde al mandato constitucional previsto en el penúltimo párrafo del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ahora, para que las niñas y adolescentes pueden ejercer su derecho a decidir en relación con el acceso al aborto, es necesario aplicar los principios de derechos humanos, como el interés superior de la niñez y la adolescencia, la buena fe y la autonomía progresiva y reconocimiento de las capacidades evolutivas. Estos ejes rectores, han sido reconocidos a nivel internacional y nacional como principios que debe tomar en consideración el Estado en su actuación tratándose de acciones o decisiones que involucren a NNA³⁰.

³⁰ Convención de los Derechos del Niño, el artículo 4° constitucional, Ley General de Víctimas y Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y han sido reconocidos también en la Suprema Corte de Justicia de la Nación en diversos criterios judiciales, como las controversias constitucionales 45/2016 y 53/2016 sobre la validez de las reformas realizadas a la NOM 046 en 2016.



Fuente: Elaboración propia con base en el marco jurídico. CNEGSSR, 2026.

■ Principio del interés superior de la niñez y la adolescencia

Se refiere al conjunto de acciones y procesos tendientes a garantizar a NNA un desarrollo integral y una vida digna, así como las condiciones materiales y afectivas que les permitan vivir plenamente y alcanzar el máximo de bienestar posible. Este bienestar abarca el aspecto físico, mental y social y comprende la salud sexual y reproductiva. En todas las decisiones y actuaciones del Estado, se velará y cumplirá con el principio de interés superior de la niñez y la adolescencia, garantizando de manera plena sus derechos. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez. El interés superior de la niñez y la adolescencia deberá ser considerado de manera primordial en la toma de decisiones sobre una cuestión debatida que involucre a niñas, niños y adolescentes. Cuando se presenten diferentes interpretaciones, se atenderá a lo establecido en la Constitución y en los tratados internacionales de los que México forma parte, priorizando en todo momento los derechos humanos. En los casos en que se tome una decisión que afecte

a niñas, niños o adolescentes, en lo individual o colectivo, se deberán evaluar y ponderar las posibles repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior.

La materialización de este principio en la atención a cualquiera de los desenlaces de aborto seguro se traduce en no prohibir, negar u obstaculizar la atención del aborto a las niñas y adolescentes que así lo requieran, por razón de su edad, ya que esto sería discriminación. Por el contrario, el personal de salud actuando en representación de la autoridad sanitaria tiene la obligación de aplicar y priorizar el interés superior de la niñez y la adolescencia, asegurándose que la persona menor de edad pueda participar en la toma de decisiones relacionadas con su salud, como lo es en este caso la interrupción del embarazo, de acuerdo con su grado de desarrollo y madurez, conforme a los mecanismos previstos en la legislación para ello.

■ Principio de buena fe

Tratándose de embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años existe una presunción de que son producto de violencia sexual, por lo que además de considerarse como embarazos de alto riesgo en esta población, es obligación del personal de salud hacer una búsqueda intencionada de factores o indicios de violencia y en caso de encontrarlos, la atención médica se considera, legalmente, una emergencia médica y deberá brindarse en términos de lo previsto en la NOM 046³¹.

Las y los servidores públicos que intervengan en la atención a un caso de violencia, con motivo del ejercicio de derechos de las víctimas, deben brindarles servicios de ayuda, atención y asistencia desde el momento en que lo identifiquen y/o les sean requeridos, así como respetar y permitir el ejercicio efectivo de sus derechos. El personal de salud que participe en el procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) no está obligado a verificar el dicho de la solicitante (incluyendo a niñas y adolescentes), entendiéndose que su actuación, basada en el principio de buena fe hacia las víctimas, conforme al artículo 5 de la LGV. Por lo que no se de-

³¹ En la NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, en su numeral 6.8.10 establece que, en el caso de embarazo en menores de 15 años, el personal de salud debe buscar factores de riesgo, signos y síntomas para descartar posible violencia y/o abuso sexual y en su caso, se deberá de proceder conforme a lo establecido en la NOM 046.

berán de exigir requisitos adicionales a los contemplados en la legislación aplicable, ni crear barreras administrativas que retrasen innecesariamente la prestación del servicio.

■ Principio de autonomía progresiva y reconocimiento de las capacidades evolutivas

Las autoridades, incluido el personal de salud, deberán promover la participación, tomar en cuenta la opinión y considerar los aspectos culturales, éticos, afectivos, educativos y de salud de niñas, niños y adolescentes, en todos aquellos asuntos de su incumbencia, de acuerdo con su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez. Niñas y adolescentes son sujetas de derechos y como tal pueden ejercerlos de manera libre y autónoma, sin estar condicionados a su edad. En este sentido el antepenúltimo párrafo del artículo 51 Bis 2 de la Ley General de Salud prevé que en el caso de las niñas, niños y adolescentes constituye una obligación por parte de los prestadores de servicios de atención a la salud implementar los apoyos y ajustes razonables, adecuados a su edad para que su voluntad y preferencias sean tomadas en cuenta en la determinación del tipo de intervenciones encaminadas a garantizar su recuperación y bienestar. A medida que las niñas y niños adquieren mayores capacidades, hay menos necesidad de asistencia de sus representantes legales y mayor capacidad para adquirir responsabilidad por las decisiones que afectarán su vida; esto se realiza de manera paulatina y progresiva en la medida de su grado de desarrollo y madurez. No pueden establecerse edades fijas para determinar el grado de autonomía, pues el proceso de madurez no es lineal e implica la ponderación y el análisis de las condiciones de cada caso.

La autonomía progresiva debe analizarse caso por caso; toda decisión debe evaluarse bajo el principio del interés superior de la niñez; tomando en cuenta que el acompañamiento institucional especializado es obligatorio para niñas menores de 15 años y debe activarse de forma sistemática la búsqueda intencionada de violencia sexual en estos casos.

Respecto a la manera de aplicar los principios referidos en el otorgamiento del consentimiento informado por parte de NNA se remite al apartado 6.2.2 de este Lineamiento.

5.4 Obligaciones éticas y profesionales del personal de salud

El personal de salud debe apegarse a la ética profesional sobre cualquier criterio personal, la atención al aborto seguro debe otorgarse anteponiendo en todo momento la vida, el bienestar, la autonomía reproductiva y el cuidado de la salud integral de quienes solicitan la atención.

A continuación, se describen las obligaciones éticas y profesionales bajo las que el personal de salud debe encaminar su práctica con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud de forma segura, oportuna y efectiva.

■ El deber de cumplimiento

El personal de salud tiene la obligación de cumplir con la legislación aplicable, así como el deber profesional de actuar con competencia, diligencia y ética en la atención a sus pacientes. Tratándose de la atención al aborto, existe un marco jurídico sólido que sustenta su provisión y que establece responsabilidades específicas para quienes brindan el servicio.

Al respecto la Corte en México en la Contradicción de Criterios 125/2025, reconoce que existe una obligación a cargo de las autoridades locales del sistema de salud de implementar, difundir y organizar los servicios de salud para garantizar el derecho a interrumpir el embarazo y cuando ésta no se lleva a cabo, esto constituye una omisión administrativa susceptible de ser reclamada por la vía legal.

Cuando una persona usuaria de los servicios de salud acude a la unidad para la atención de un aborto seguro, el personal deberá actuar en todo momento con profesionalismo, sensibilidad y respeto a los derechos humanos, garantizando una atención ética y diligente.

■ Deber de actuar bajo principio de buena fe y de no revictimización

Como consecuencia del deber de cumplimiento, el personal de salud que atiende un aborto seguro tiene que actuar bajo el principio de buena fe y de no revictimización³², esto implica actuar con profesionalismo, ética, integridad y honradez en el servicio que proporcione, y no solicitar requisitos que no están previstos en la legislación aplicable o que han sido declarados inconstitucionales y que obstaculizan el acceso a la atención (como exigir denuncia para realizar una IVE por violación, la celebración de Comités de Bioética ni de ninguna otra índole, para determinar si es procedente o se realiza un aborto cuando la persona usuaria del servicio de salud ya ha manifestado su deseo de interrumpir su embarazo, solicitar una segunda opinión médica para un aborto por riesgo de muerte u otra situación de salud, etc.³³)

Asimismo, en los casos de IVE, debido a que se trata de una atención prevista para víctimas de violencia sexual, las

instituciones y personal de salud deberán atender el principio de no revictimización (también conocido como principio de no victimización secundaria) que consiste en la obligación que tienen las autoridades del Estado, en este caso las instituciones y personal del Sistema Nacional de Salud, de garantizar que las características y condiciones particulares de la usuaria no sean motivo para negarle su calidad de víctima ni exigir mecanismos o procedimientos que agraven su condición ni tampoco establecer requisitos que obstaculicen e impidan el ejercicio de sus derechos ni la expongan a sufrir un nuevo daño por la conducta de los servidores públicos. Esto se traduce a evitar acciones u omisiones que provoquen un sufrimiento añadido, culpa o cuestionamiento a una persona que ya ha sido víctima de un delito o violación a sus derechos humanos.

En este sentido, se hace énfasis en que la atención del aborto seguro no tiene que someterse o ponerse a consideración de

³² La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha definido que la buena fe es inspiradora de todo el derecho y que se ha definido doctrinariamente como un principio que obliga a todos a observar una determinada actitud de respeto y lealtad, de honradez en el tráfico jurídico, y esto, tanto cuando se ejerza un derecho, como cuando se cumpla un deber. Ver: <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/395370> y <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/179658>

³³ Estos requerimientos han sido declarados inconstitucionales por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en diversos criterios judiciales, se sugiere consultar: <https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=6912>, <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/resumen/2020-12/Resumen%20AR601-2017%20DGDH.pdf>, <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.scjn.gob.mx%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fprimera-sala%2Fsentencias%2F2024-01%2FRESE-25C3%2591A%2520-%2520AMRF%2520-%2520AR%2520267-2023%2520%2528EI%2520delito%2520de%2520a-borto%2520en%2520el%2520C%25C3%25B3digo%2520Penal%2520Federal%2520es%2520inconstitucional%2529.docx&wdOrigin=BROWSELINK>

los Comités de Bioética, porque al haber solicitado esta atención la persona usuaria del servicio de salud y estar previsto dicho servicio en el marco jurídico, esto se convierte en un derecho de las personas usuarias de los servicios de salud y en una obligación legal del personal de salud, que se traduce en el deber de cumplimiento de proporcionar este servicio, por lo que no existe ningún conflicto o dilema ético que resolver, y por tanto, no se requiere la intervención de estos Comités, esto también ha sido reconocido así por la Comisión Nacional de Bioética³⁴. **Por el contrario, llevar a cabo estos Comités de manera innecesaria, puede dilatar u obstaculizar la atención, lo que constituye una vulneración de derechos de las personas usuarias de los servicios de salud que constituye violencia institucional.**

Al respecto, la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) en el pronunciamiento denominado *“El acceso al aborto seguro en un marco de bioética y derechos humanos”* ha señalado que en el contexto del aborto seguro debe enfatizarse que las personas solicitantes del procedimiento son sujetos de derechos y, por tanto, quienes deben tomar la decisión. El acceso no deberá estar condicionado a la autorización de terceros, por ejemplo, individuos, grupos o cuerpos consultivos institucio-

nales como los Comités Hospitalarios de Bioética, cuyo carácter es únicamente consultivo y no emiten sentencias obligatorias, pues fungen como órganos interdisciplinarios de orientación y educación sobre los dilemas bioéticos que puedan presentarse en la atención médica. **Por lo que en los casos en los que se atienda al marco de la legislación vigente y a lo estipulado en el Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México, no pueden considerarse como una situación dilemática, pues la solicitud de un aborto seguro implica un derecho y una decisión autónoma por parte de la niña, adolescente, mujer o persona con capacidad de gestar³⁵.**

■ El deber de confidencialidad

Todos los servicios de salud deben garantizar el respeto de los derechos humanos de las personas usuarias, incluyendo los derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad y consentimiento informado (37). La vulneración al carácter confidencial de la información puede disuadir a las mujeres de acceder a un tratamiento y limitar su disposición a buscar atención médica oportuna en casos de abortos incompletos o de violencia sexual, lo cual puede deteriorar su salud y bienestar (37,38). De acuerdo con la Corte Interamericana de Derechos Humanos, para

³⁴ Comisión Nacional de Bioética en su pronunciamiento emitido en torno a el acceso al aborto seguro en un marco de bioética y derechos humanos, en el cual considera como un aspecto relevante la no interferencia de los Comités Hospitalarios de Bioética. Disponible en: [Pronunciamiento_CONBIOE_TICA_Aborto_seguro_2025_Febrero.pdf](#)

³⁵ Esto también se reitera en el Código de Bioética para el Personal de Salud en su artículo 52 disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1080819/Codigo_Bioetica_Personal_Salud_2026.pdf

que el personal médico pueda brindar el tratamiento adecuado, es necesario que la persona usuaria sienta la confianza de compartir toda la información necesaria, la cual no deberá ser difundida de forma ilegítima. El derecho a la salud implica que, para que la atención de salud sea aceptable, debe fundarse en el respeto a la confidencialidad³⁶.

En atención a este deber de confidencialidad, **el personal de salud no tiene la obligación de denunciar los casos en los que se sospeche de aborto inducido, independientemente de las semanas de gestación del producto, la normatividad vigente protege a la persona prestadora de servicios y a la persona usuaria al garantizar el secreto médico profesional**. Además, como se ha dicho antes, la SCJN ha declarado que es inconstitucional criminalizar a las personas que voluntariamente se practiquen un aborto, por lo que resulta un despropósito y una falta de ética profesional que el personal de salud denuncie estos casos.

En consecuencia, si una persona se presenta al servicio de salud con señales de un aborto espontáneo, el deber del personal de salud es dar prioridad a dar la atención médica que se requiera, procurando la salud y bienestar de la

persona, absteniéndose el personal de extralimitarse en sus funciones realizando preguntas que le corresponderían al ministerio público o a otra autoridad, en su caso. Ni obligar o condicionar a la persona usuaria o a su familia a presentar el aviso o denuncia ante el ministerio público para poder brindar la atención médica.

Es importante precisar que, si bien el Reglamento de la Ley General de Salud para la Prestación de los Servicios de Atención Médica prevé que la persona responsable del establecimiento de atención médica debe dar aviso al Ministerio Público, ésta se realiza únicamente en los casos en que se atiende a personas con lesiones u otros signos que presumiblemente se encuentren vinculados a la comisión de hechos ilícitos³⁷, como por ejemplo la violencia sexual en el caso de una atención a una IVE³⁸, la finalidad de este aviso es proteger a la persona víctima del delito, nunca para criminalizarla por el aborto voluntario que quiera practicarse, ya que se reitera que la Corte resolvió la inconstitucionalidad de la criminalización del aborto y también la inconstitucionalidad del derecho a la vida desde la concepción³⁹, por lo que el producto de la gestación no tiene calidad de persona, en consecuencia,

³⁶ Cfr. Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Manuela y Otros vs. El Salvador, Sentencia de 2 de noviembre de 2021 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 203).

³⁷ Reglamento de la Ley General de Salud para la Prestación de los Servicios de Atención Médica, artículos 18 y 19.

³⁸ Previsto en la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, Numeral 6.5

³⁹ De acuerdo con la Sentencia de Acción de Inconstitucionalidad 148/2017 y Sentencia de Inconstitucionalidad 106/2018 y su acumulada 107/2018, que son precedentes obligatorios en todo el territorio nacional.

bajo ninguna circunstancia en la que se sospeche de un aborto inducido debe realizarse este aviso.

■ El deber de la responsabilidad profesional

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) reconoce a la violencia institucional y se refiere a ella como los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno mediante los cuales discriminan o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia (11). En algunas Leyes de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia locales, se ha reconocido como tipos de violencia a la violencia obstétrica y la violencia contra los derechos sexuales y reproductivos. La configuración de estas conductas previstas en esta legislación es susceptible de reclamarse mediante la vía de responsabilidad administrativa y se sancionará conforme a las leyes en la materia (11).

Además, la LGS establece sanciones para el profesional, técnico o auxiliar de la atención médica que sin causa justificada se niegue a prestar asistencia a una persona, en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro su vida⁴⁰ (39).

Las normas oficiales mexicanas son de observancia obligatoria para las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como para los y las prestadoras de servicios de salud de los sectores público, social y privado que lo componen y su incumplimiento dará origen a la sanción penal, civil o administrativa que corresponda (40,41).

Además de las sanciones en materia administrativa, los códigos penales del país tipifican los delitos relacionados con la responsabilidad profesional de prestadores de servicios de salud, y en algunos códigos penales locales incluso han reconocido como delitos, conductas como la violencia obstétrica y la violencia contra los derechos reproductivos. La NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, determina que los datos proporcionados al personal de salud por las personas usuarias son datos personales

⁴⁰ Ley General de Salud, artículo 469: "...se le impondrá de seis meses a cinco años de prisión y multa de cinco a ciento veinticinco días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate y suspensión para ejercer la profesión hasta por dos años. Si se produjere daño por la falta de intervención, podrá imponerse, además, suspensión definitiva para el ejercicio profesional, a juicio de la autoridad judicial."

y motivo de confidencialidad, en términos del secreto médico profesional XXIV⁴¹ (42,43).

■ Respetar límites en la objeción de conciencia en la atención al aborto seguro

La SCJN ha sostenido que la objeción de conciencia es un derecho individual del personal médico y de enfermería, que puede ejercer para negarse a realizar alguno de los procedimientos sanitarios que forman parte de los servicios del SNS cuando consideren que se oponen a sus convicciones religiosas, ideológicas, éticas o de conciencia. En otras palabras, la objeción de conciencia es la expresión pública de un individuo para sustraerse del cumplimiento de un mandato jurídico con base en motivos morales, entendidos en sentido amplio como éticos, filosóficos, políticos o religiosos (44).

En materia de aborto, es un ejercicio individual de la persona directamente involucrada en la prestación del servicio, ya sea personal médico o de enfermería y jamás podrá argumentarse a nivel institucional. Teniendo la obligación la institución de salud de contar con personal no objetor disponible y que cuente con las capacidades técnicas para la atención de todos los desenlaces de aborto que

puedan presentarse, o en su defecto y de manera excepcional, contar con rutas de referencia para dar resolución a los casos de atención de aborto que se presenten.

No existe la objeción de conciencia institucional. Todas las instituciones de salud deben contar con los mecanismos necesarios para garantizar que haya personal disponible y con las capacidades técnicas para brindar la atención al aborto seguro, o contar con rutas de acción para resolver la atención. La omisión de esta obligación constituye violencia institucional.

La objeción de conciencia no es un derecho absoluto, tiene un carácter excepcional porque a través de ella se evade el cumplimiento de obligaciones reconocidas en la ley, como las relacionadas con la atención a servicios de salud sexual y reproductiva y sólo puede ser ejercida en aquellos casos en los que no represente

⁴¹ NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, apartado 5.5.1. En cuanto al registro de información de las pacientes, los prestadores de servicios de salud que utilicen los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud (SIRES) deben garantizar la confidencialidad de la identidad de las pacientes. La información contenida en los Sistemas SIRES debe ser manejada con discreción y confidencialidad, de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables, así como a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica. NOM-024-SSA3-2012, de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud, apartados 5.3 y 5.4.

un riesgo a la salud y la vida de las personas usuarias. Debido a que la atención del aborto es tiempo-dependiente, aunque al momento de acudir a los servicios de salud, puede no estar en peligro inminente la vida, sí lo está en el mediano y largo plazo. Desde el enfoque de derechos humanos se dimensiona que cuando la atención no se brinda con oportunidad, se puede poner en riesgo la vida o la salud de las personas usuarias.

Aunque su ejercicio está limitado al personal de salud que interviene directamente en la interrupción del embarazo, la objeción de conciencia no se debe argumentar para negar o retrasar la atención sanitaria y la provisión de información y referencia a la cual tienen derecho las personas, de lo contrario se puede incurrir en responsabilidad profesional y/o violencia institucional. La objeción de conciencia puede ser limitada por la concurrencia de bienes jurídicos dignos de especial protección, como lo son los derechos fundamentales, en especial, el derecho humano a la salud(45).

Se deberá evitar que el ejercicio de la objeción de conciencia genere retrasos, obstáculos o negación en la atención, que su configuración represente una contradicción en el marco constitucional y que no se encuentre basada en prácticas estigmatizantes o discriminatorias hacia las personas usuarias, quienes en la ponderación de derechos podrían encontrarse en mayor desventaja.

La unidad hospitalaria debe de establecer mecanismos para identificar y contar con personal de salud que tenga la disposición y competencias técnicas para las atenciones de aborto seguro de acuerdo a los procedimientos médicos que se requieran. De esta manera se podrá garantizar el derecho a la protección a la salud de las personas usuarias que solicitan este servicio. En caso de que por alguna situación excepcional no pueda brindar la atención, deberá accionar rutas previamente diseñadas para referir a las personas usuarias sin dilación ni cargas desproporcionadas a

otra unidad que preste los servicios que necesitan (37), haciendo esta referencia por escrito y señalando el motivo por el que no se le puede brindar la atención en la unidad, siendo responsabilidad de la institución de origen dar seguimiento a la atención de la persona usuaria y cerciorarse que se le haya brindado la atención.

■ Regulación de la objeción de conciencia

La regulación de esta figura tiene como propósito, entre otros, asegurar que no impida el acceso a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, particularmente en situaciones urgentes o de emergencia (10). **En 2021, al declarar la invalidez del artículo 10 bis de la LGS, la SCJN determinó que la regulación de la objeción de conciencia en materia sanitaria debe establecer los límites y salvaguardas necesarias para proteger a la par los derechos de las personas beneficiarias de los servicios** (45), actualmente todavía no se ha emitido la legislación a nivel federal en materia de objeción de conciencia, sin embargo, el personal de salud tiene que apegarse a lo que señaló la Corte en la sentencia de Acción de Inconstitucionalidad 54/2018:

- La objeción de conciencia no podrá invocarse cuando su ejercicio ponga en riesgo la vida de la persona usuaria, cuando se trate de una urgencia médica (como la IVE) o cuando su ejercicio implique una carga desproporcionada para las personas usuarias.
- En cada una de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud se deberá contar con equipo médico y de enfermería no objetor suficiente para brindar atenciones con oportunidad.
- En caso de objeción de conciencia por los profesionales de la salud, las instituciones deben proporcionar la información y orientación necesaria a la persona beneficiaria de los servicios de salud.
- Las instituciones deberán contar con rutas previamente diseñadas para referir a las personas, de manera inmediata, sin mayor demora o trámite con personal médico o de enfermería no objetor.
- El personal objetor de conciencia se abstendrá de emitir algún juicio valorativo que pueda discriminar o vulnerar la dignidad humana o intente incidir en la decisión de la persona usuaria.
- El incumplimiento a las obligaciones previstas en la ley puede dar lugar a responsabilidades administrativas, profesionales o penales.

La NOM-046-SSA2-2005 señala que se deberá respetar la objeción de conciencia del personal médico y de enfermería encargados del procedimiento de IVE (40). No obstante, establece que las instituciones públicas de atención médica deberán contar con médicos y enfermeras capacitados no objetores de conciencia y que, si en el momento de la solicitud de atención no se pudiera prestar el servicio de manera oportuna y adecuada, se deberá referir de inmediato a la persona usuaria a una unidad de salud que cuente con este tipo de personal y con infraestructura para la atención con calidad(40). **Esto es importante tenerlo en cuenta, ya que la atención a la IVE es una urgencia médica y de acuerdo con lo resuelto por la Corte en estos casos no procede la objeción de conciencia.**

Es importante tomar en cuenta que la referencia de la persona usuaria a otra unidad de salud es un servicio que opera en favor de la persona usuaria y no de la institución de salud. Es decir, la posibilidad de referir a una unidad médica diversa, no exime a las instituciones de salud de contar con personal médico no objetor.

Lo expuesto en el presente apartado, también se reitera en el artículo 55 del Código de Bioética para el Personal de Salud, que establece: “La excepción para realizar u otorgar un servicio de atención por motivos de objeción de conciencia por parte del personal de salud no eximirá el derecho a la atención debida de las personas que requieren dichos servicios⁴².”

⁴² Código de Bioética para el Personal de Salud, disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1080819/Codigo_Bioetica_Personal_Salud_2026.pdf



A large, stylized number '6' in a dark teal color with a thin gold outline. It is positioned in the upper left quadrant of the page. The background features a subtle, repeating pattern of stylized leaves in various shades of teal.

6

Modelo de Atención

6.1	Principios rectores para la prestación de servicios	87
6.2	Momentos en la atención del Aborto Seguro	100
6.2.1	Consejería, orientación y acompañamiento	100
6.2.2	Consentimiento informado	124
6.2.3	Manejo clínico	133
6.2.4	Anticoncepción postaborto	187
6.2.5	Registro de la información	190
6.2.6	Rutas de vinculación institucional	198
6.3	Ampliación de roles en la disponibilidad de la atención	201



El objetivo de este capítulo es presentar el modelo de atención al aborto seguro propuesto por la Secretaría de Salud, fundamentado en estándares internacionales y en el marco de derechos humanos. Este modelo promueve la atención del aborto seguro, el uso de tecnologías seguras de acuerdo con las semanas de gestación, la eliminación de procedimientos obsoletos y la provisión de servicios oportunos y de calidad. Asimismo, enfatiza la importancia de la consejería y de criterios centrados en la experiencia de las personas usuarias, a fin de garantizar el ejercicio pleno de la autonomía reproductiva y el derecho a la salud de manera informada, digna y segura.

Las personas que requieren atención por aborto presentan características diversas y se encuentran inmersas en contextos sociales, comunitarios, familiares e individuales distintos. Las razones para interrumpir un embarazo no son homogéneas: pueden estar relacionadas con condiciones de salud o calidad de vida, embarazos forzados, no deseados o no planeados, fallas o ausencia de métodos anticonceptivos, falta de educación integral en sexualidad basada en evidencia científica, dificultades económicas, carencia de redes de apoyo, situaciones de violencia o coerción sexual, entre otras (46,47).

Por ello, además de la competencia técnica del personal de salud, es indispensable incorporar criterios de calidad centrados en la experiencia de las personas usuarias durante la atención, así como en la información que se les proporciona durante la consejería. Esto contribuye a garantizar que las personas puedan ejercer su autonomía reproductiva y su derecho a la salud de manera informada, digna y segura.

6.1 Principios rectores para la prestación de servicios

En la medida en la que se impulsa una mirada integral y centrada en la persona para otorgar la atención al aborto seguro, es necesario considerar que se trata de una experiencia más amplia que el acto clínico en sí mismo, en el que se encuentra implicada la integralidad de la noción de salud. Por ello, es indispensable brindar los servicios con enfoque centrado en la persona y tomar en cuenta los diversos factores de riesgo y vulnerabilidad que influyen en las necesidades de salud de las personas usuarias para acceder a los servicios de manera libre, oportuna, asequible, respetuosa y garantizar servicios con calidad, en un ambiente de confianza y seguridad que ofrezca a las personas usuarias un espacio de expresión sobre sus preocupaciones, dudas e inquietudes acerca de su salud en general y del procedimiento que requieran (48).

A continuación, se exponen algunos de los principios rectores que resultan indispensables en el proceso de atención, dirigidos a garantizar la aplicación del principio pro persona, la protección de la autonomía reproductiva y el derecho a la salud integral que han sido delineados previamente en este documento.

■ Accesibilidad

Los servicios deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y sin discriminación para todas las personas que los requieran, independientemente de su edad, condición social, origen étnico, orientación sexual, identidad o expresión de género, o situación migratoria. Las instituciones de salud deberán eliminar barreras geográficas, administrativas, culturales y actitudinales, y asegurar la disponibilidad de información clara, veraz y comprensible sobre los procedimientos.

■ Asequibilidad

Se entiende por servicios gratuitos o de bajo costo, conforme a la normatividad vigente y a los principios de equidad en salud. No deberá existir ningún tipo de pago directo o condicionamiento económico que limite el acceso o vulnere el derecho a la salud sexual y reproductiva.

■ Autonomía y participación

Se deberá garantizar el respeto pleno al derecho de las personas a tomar decisiones libres, informadas y voluntarias sobre su cuerpo y su salud reproductiva. El personal de salud deberá proporcionar información objetiva, completa y basada en evidencia, promoviendo la participación activa en todas las etapas del proceso, así como la confidencialidad y el consentimiento informado.

■ Integridad

La atención deberá ser integral, incluyendo orientación y consejería en salud sexual y reproductiva, manejo clínico seguro, seguimiento postaborto y oferta de métodos anticonceptivos. Los servicios deberán asegurar la continuidad del cuidado, el acompañamiento físico y emocional, y el respeto a la dignidad y los derechos humanos de las personas atendidas.

■ Respeto y protección

Se entiende como la obligación de las instituciones públicas o privadas y su personal a no obstaculizar de manera directa o indirecta el ejercicio del derecho a la salud. Por lo tanto, este principio impide la injerencia arbitraria que ocasione la restricción o negación del acceso a los servicios de salud. También se vincula con el principio de legalidad que implica la no solicitud o exigencia de requisitos que no están previstos en la ley o que representen barreras que obstaculicen la atención o vulnere los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud. Por ejemplo, cuando el personal sanitario exige autorización de familiares o parejas y/o mandato de alguna autoridad, participación de comités de ética o bien, solicita la presentación de una denuncia en los casos de interrupción voluntaria del embarazo por violencia sexual. Desde la protección a este principio se busca evitar dilaciones y obstáculos que pongan en riesgo la salud integral de las personas usuarias.

■ Oportunidad en la atención

Consiste en crear las condiciones necesarias de infraestructura, operación, recursos humanos y económicos, así como de insumos y condiciones sanitarias para disponer de la capacidad institucional y extender la red de servicios para garantizar que las personas usuarias accedan a un aborto seguro. Además de una respuesta expedita a la solicitud

de las personas usuarias, la oportunidad en la atención implica que se debe ofertar el servicio, informando de este derecho, ante circunstancias previstas en el marco legal, tales como riesgo a la salud integral, embarazo consecuencia de violencia sexual, autonomía reproductiva, entre otras.

Las personas usuarias podrán solicitar la interrupción de su embarazo, o bien, la atención por cualquier variante clínica de aborto espontáneo en los servicios específicos de aborto seguro, así como en el resto de las unidades de atención médica que brinden atención obstétrica.

Si la unidad de atención no contara con capacidad resolutive, o cuando las personas usuarias no sean candidatas a la atención ambulatoria y ameriten manejo en un entorno hospitalario de mayor complejidad, el sitio al que acudan por primera vez deberá realizar, sin dilación, la referencia efectiva (previa estabilización y traslado si así se requiere) a la unidad que sí cuente con servicio de aborto seguro (o con la especialidad de ginecología y obstetricia). En esa unidad, deberá brindarse la atención resolutive tan pronto como sea posible e idóneamente garantizando el enlace y aceptación de la unidad receptora.

Algunas de las acciones que permiten el acceso efectivo de las personas usuarias a la atención del aborto seguro son:

- Reconocer las necesidades de las personas usuarias a partir de los factores de vulnerabilidad como la edad, etnia, ubicación geográfica o cualquier otra condición que pueda generar discriminación bajo un enfoque diferenciado.
- Brindar servicios con pertinencia cultural, respetando los derechos humanos de las personas.
- Ofertar y garantizar servicios, definir rutas de atención, referencia y contrarreferencia en los distintos niveles de atención (primer, segundo y tercer nivel) de acuerdo a las necesidades de las personas usuarias.
- Contar con personal de salud capacitado para proveer servicios competentes, aceptables, de calidad y con calidez.
- Proporcionar la atención con la mejor tecnología disponible.

■ Igualdad y equidad

Este principio implica el reconocimiento en condiciones de igualdad del derecho a la salud de todas las personas usuarias, por lo que es necesario generar las estrategias y medidas que partan del reconocimiento de las características específicas de las personas usuarias desde un enfoque interseccional para reconocer factores de vulnerabilidad que impidan el acceso a los servicios para facilitar la atención de un aborto seguro. Por ejemplo, implementar estrategias que presten atención de manera diferenciada a personas usuarias adultas, NA y personas con posibilidad de gestar pertenecientes a poblaciones vulnerables: personas afromexicanas, indígenas, con discapacidad (visual, física, auditiva, psicosocial, múltiple), en situación de movilidad o desplazamiento forzado, y personas con capacidad de gestar que pertenecen a la comunidad LGBTTTIQA+, entre otras.

De igual forma se debe considerar el principio de equidad en los servicios de salud para prevenir y evitar barreras que impidan recibir atención, al crear las condiciones materiales necesarias para proporcionar los servicios protegidos por ley.

■ Confidencialidad y privacidad

La persona usuaria podrá estar acompañada por la persona de su elección si así lo desea (49), o si es el caso, respetar su decisión de no estar acompañada, salvo por el personal de salud. En el caso de personas menores de edad, en los numerales 6.8.6 y 6.8.7 de la NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad se prevé que durante la consejería, podrán hacerse acompañar por su madre, padre, tutor o representante legal o bien, manifestar que elige recibir los servicios de consejería sin ese tipo de acompañamiento, en este último caso, quien otorgue la consejería, debe solicitar la presencia de al menos otro miembro del personal de salud durante el tiempo que dure la consejería, esto sin perjuicio del aviso que debe realizarse a la PPNNA para que brinde el acompañamiento especializado en los casos que así proceda.

Las personas proveedoras de servicios de aborto tienen el deber de proteger la información de las personas usuarias y de no divulgar datos sensibles e información sin autorización, toda vez que dicha información se da en el marco del secreto profesional. Debe asegurarse que, si dicha

información requiere compartirse, se haga conforme al marco jurídico aplicable y previo consentimiento de la persona usuaria, asegurándose que se otorgó el permiso sobre una comunicación clara⁴³.

■ No discriminación

La no discriminación es elemento indispensable para acceder de manera efectiva a los servicios. Esto implica que éstos sean accesibles y asequibles a todas las usuarias. La negativa para prestar servicios de salud reproductiva en condiciones legales es discriminatoria (51). Este principio también incluye la no discriminación al personal de salud sobre la decisión ética y profesional de prestar servicios de consejería y atención del aborto seguro.

■ Seguridad

Siempre se debe anteponer la seguridad de la persona usuaria por sobre cualquier otro aspecto. La provisión del cuidado del aborto sin riesgos requiere de instalaciones adecuadas y personas proveedoras capacitadas. Los servicios deben contar con el espacio adecuado, los insumos y el equipamiento requerido, y con profesionales que cuenten con las competencias técnicas e interpersonales necesarias.

■ Laicidad

Se entiende como el principio constitucional que garantiza la separación del Estado y las iglesias. En el ámbito de la salud pública, en particular en el acceso al aborto seguro, este principio obliga a que el personal de salud brinde una atención basada en criterios científicos, en la que prevalezca el respeto a los derechos humanos y la autonomía de las personas, sin la injerencia de creencias religiosas, ideológicas y de conciencia de las personas servidoras públicas que participan en el proceso de atención.

De esta forma, se protege el derecho de las personas a decidir libremente sobre su sexualidad y reproducción, al promover un acceso digno, libre de discriminación y coerción. El modelo de laicidad del Estado mexicano fortalece la tutela efectiva de los derechos humanos reconocidos en la Constitución mexicana y en tratados internacionales y garantiza que los servicios de aborto seguro respondan a las necesidades de las personas usuarias, al asegurar por todos los medios posibles que se garantice su derecho a la protección de la salud y a ser beneficiarias de los procedimientos sanitarios previstos legalmente (45,52,53).

⁴³ La confidencialidad de la información y datos sensibles debe ser garantizada conforme a las disposiciones en materia federal y local sobre la protección de datos personales y los mecanismos establecidos en las unidades de salud. Los deberes del personal de salud respecto al secreto profesional se abordan en el apartado sobre El deber de confidencialidad y la responsabilidad profesional.

■ Buen trato

De acuerdo con la evidencia que se ha producido en la región sobre maltrato durante el parto y el aborto (54), las actitudes, creencias y valores de quienes prestan servicios de salud pueden afectar la experiencia del aborto de forma negativa, por ejemplo, reproduciendo conductas como brindar información con sesgos, dilatar, obstaculizar o negar atención a las personas usuarias que solicitan los servicios. Para prevenir conductas estigmatizantes, el personal de salud debe tener en cuenta que garantizar el derecho de las mujeres y personas con posibilidad de gestar a la salud y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos es un imperativo ético y es fundamental brindar la atención con una perspectiva afirmativa de la experiencia, pues todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa (50,55).

Independientemente de las condiciones y los motivos por los que las personas usuarias soliciten el servicio, todo el personal de salud y, en específico el que brinda atención de aborto seguro, debe conducirse de forma respetuosa, empática y otorgar una atención centrada en la persona basada en los principios de igualdad, equidad, justicia, confidencialidad, buen trato, no discriminación, libre de estigmas, con pertinencia cultural, perspectiva de género, apegada a la evidencia científica disponible y el marco jurídico vigente.

En este sentido, y con el propósito de evitar infligir sufrimiento psicoemocional, se recomienda que el personal sanitario identifique oportunamente las palabras o términos bajo los que la persona usuaria desea referirse a su embarazo y al proceso de aborto, tanto para aquellos casos en los que el embarazo deseado no tiene el final esperado, como para los casos en los que se desea la interrupción de la gestación (por ejemplo, evitar el uso de

términos como bebé, hijo/a; evitar preguntar a la persona si desea ver las imágenes o escuchar los latidos cuando sea necesario realizarle estudio de ultrasonido).

a) Aborto como un evento de salud

Es fundamental reconocer el aborto como un evento obstétrico que forma parte integral de la experiencia reproductiva de las mujeres y personas con posibilidad de gestar. Tanto el aborto espontáneo como el inducido deben abordarse desde una perspectiva de derecho a la salud, con énfasis en la atención médica, el respeto y la garantía de los derechos humanos, en lugar de una visión punitiva o criminalizante. En México, la criminalización de los abortos contribuye a la estigmatización, limita el acceso a servicios de salud seguros y oportunos, y genera consecuencias negativas para la salud física y emocional de quienes atraviesan esta experiencia. El aborto debe ser tratado como un asunto de salud pública que exige políticas inclusivas, servicios integrales y respeto a los derechos de las personas, para reducir la morbilidad asociada y garantizar condiciones dignas para su ejercicio reproductivo.

Este enfoque implica implementar estrategias dirigidas a eliminar el estigma y la discriminación, asegurar acceso a información precisa, medicamentos de calidad, y apoyo profesional capacitado durante el proceso, así como capacitar a los profesionales de la salud para proveer una atención humanizada, segura y respetuosa. Solo así se podrá avanzar hacia un sistema de salud integral, que garantice la protección de los derechos fundamentales y la salud emocional y física de las personas con posibilidad de gestar en México.

b) Estigma, salud mental y aborto

El estigma asociado al aborto es un atributo negativo asignado a las mujeres o personas con posibilidad de gestar que interrumpen el embarazo, al considerarlas “transgresoras” del ideal de “feminidad” y que tradicionalmente se asocia con ideas sobre la sexualidad para la procreación, la maternidad como destino biológico inalterable para las mujeres y la protección y el cuidado que éstas deben proporcionar hacia las demás personas (46). Esto se materializa en

un trato diferenciado, a partir de actitudes y comportamientos de segregación, discriminación y exclusión por parte de la comunidad cercana a las personas estigmatizadas, causando que éstas recurran a procedimientos inseguros exponiendo su salud y su vida (56).

La relación entre el aborto y la salud mental ha sido estudiada de manera sistemática. Los hallazgos más recientes muestran que acceder a un aborto inducido de manera voluntaria no es una causa directa de impactos o problemas a la salud mental por sí mismo. Estos pueden estar asociados a diversos elementos entre los que se puede identificar falta de redes de apoyo, dificultades económicas, alguna situación previa de violencia de género, incluyendo violencia sexual o coerción, estigma, así como situaciones de salud mental previas que constituyen factores determinantes que inciden en el significado de la experiencia de un aborto inducido.

Este apartado establece directrices para identificar, prevenir y erradicar el estigma asociado al aborto en los servicios de salud. Su propósito es garantizar que todas las personas reciban atención libre de discriminación, con lenguaje respetuoso, trato digno y en un marco de confidencialidad y respeto de los derechos humanos.

La evidencia científica ha demostrado que el estigma ocasiona que las mujeres y personas con posibilidad de gestar que deciden abortar retrasen la atención médica ante signos de infección o sangrado (57) y es uno de los factores con mayor impacto sobre su salud mental (58). Está documentado que un mayor nivel de estigma, puede conducir a un mayor riesgo de síntomas psicoafectivos antes, durante y después de la experiencia del aborto, al hacerles sentir culpables o avergonzadas por el rechazo o desaprobación de las personas cercanas que les rodean (59).

Asimismo, estudios muestran que la carga psicosocial en mujeres que buscan un aborto se relaciona con barreras de disponibilidad y/o acceso (incluyendo el tiempo invertido para acceder a servicios de aborto, los traslados, la elección de los servicios disponibles hasta la definición de la cita para la interrupción), con la dificultad para la toma de decisiones, la falta de autonomía y con la reacción estigmatizante de otras personas. La falta de autonomía es uno de los factores que más incrementa el riesgo para la presencia de síntomas de ansiedad (60).

La mayor parte de los estudios sobre emociones y aborto han referido que algunas mujeres y personas con posibilidad de gestar experimentan sentimientos previos al procedimiento relacionados con temor, tristeza o angustia y que, una vez resuelto el aborto, reportan sentir alivio (61). Este proceso emocional no debe ser estigmatizado o confundido con sintomatología de algún trastorno del afecto, sino asumido como un proceso normal de adaptación ante una situación que puede ser estresante como otros procedimientos clínicos y percibido en el contexto social que ocurre (62). En todo caso, el personal de salud debe tener en cuenta los factores de riesgo o condiciones de salud mental previos, que en algunos casos pueden estar asociados a experiencias de abuso o violencia (63).

En este sentido, el estigma asociado al aborto constituye un componente

determinante que afecta negativamente la salud mental y el bienestar emocional, a partir de sentimientos de culpa, vergüenza y estrés, y la necesidad de mantener en secreto el aborto, por miedo al juicio social o familiar, lo que incrementa la carga emocional y el riesgo de malestar psicológico.

Por otro lado, esto se relaciona con la noción errónea de “síndrome post aborto” como un trastorno específico que se genera a partir de un aborto inducido. Sin embargo, esto carece de sustento científico sólido. En lugar de patologizar la experiencia del aborto, es fundamental orientar los esfuerzos hacia la generación de experiencias afirmativas, donde las personas sean acompañadas, respetadas y empoderadas en el ejercicio de su autonomía reproductiva. La autonomía reproductiva, entendida como el acto de decidir libremente sobre la propia sexualidad y reproducción, es un factor protector clave para la salud mental y el bienestar (64).

Resulta útil para disminuir el estigma hacia las personas que deciden abortar, que las personas proveedoras de salud se familiaricen con las diferentes historias y trayectorias, así como los factores en juego en la toma de decisiones de las mujeres y personas con posibilidad de gestar, por ejemplo, aquellas que han enfrentado situaciones adversas (58) o carecen de apoyo social (65). En todos los casos, debe garantizarse el reconocimiento y respeto de la autonomía en las elecciones de las personas usuarias sobre su cuerpo y su reproducción.

En este contexto, el buen trato libre de estigma destaca como una herramienta esencial para el personal de salud que brinda servicios de SSR, particularmente de aborto seguro; el identificar las circunstancias y necesidades de salud de cada persona usuaria que solicita este servicio conduce a evitar conductas que ponen en riesgo su salud.

En cuanto al estigma hacia niñas y adolescentes que acceden a servicios de aborto, estudios muestran que, en comparación con las personas usuarias de mayor edad, esta población y en específico las personas adolescentes tienen una gran tendencia a buscar servicios de aborto con proveedores no capacitados o a autoinducirse el aborto. Esto se debe a factores como la falta de recursos económicos, el acceso a la información y a otros servicios, y por supuesto, los prejuicios. Las adolescentes a menudo realizan múltiples intentos para terminar sus embarazos exponiéndose a un alto riesgo, en lugar de tener acceso a un procedimiento seguro y efectivo (66).

Debido al número sumamente alto de mujeres adolescentes y jóvenes que continúan recurriendo a servicios de aborto inseguro, es imperativo asegurar que, independientemente de su edad, escolaridad, estado civil, origen étnico, etc., tengan acceso al aborto seguro como parte de los servicios de salud. **Es importante considerar que la atención en niñas y adolescentes es vital, ya que está relacionada muchas veces con violencia sexual, pero incluso, por la simple razón de garantizar la salud a esta población, ya que un embarazo en estas edades es de alto riesgo, por lo que se requiere erradicar los estigmas relacionados con la edad y favorecer en todo momento la protección a la salud, en la toma de decisiones libres, consentidas e informadas.**

c) Estigma y profesionales de la salud

Algunos estudios han mostrado que, en contextos altamente restrictivos, el personal de salud tiene reservas para hablar abiertamente de su actividad e incluso ha reportado ser objeto de agresiones físicas y verbales por esta práctica (67). Asimismo, algunos profesionales tienen dificultades para lidiar con sus valores personales cuando contrastan con el posicionamiento institucional al respecto de los servicios de aborto.

El estigma en torno al aborto puede afectar también la experiencia profesional del personal de salud. El estigma y rechazo asociado a la práctica del aborto entre el personal de salud, se traduce con frecuencia en rechazo para involucrarse en los procedimientos.

Algunas investigaciones refieren que, cuando el personal de salud no es asignado por solicitud propia al servicio de aborto seguro, sino en cumplimiento de las tareas asignadas al interior de las unidades médicas, este muestra mayores dificultades para conciliar sus creencias y actividades con dilemas bioéticos complejos que podrían presentarse en la atención, por ejemplo, en caso de abortos subsecuentes de una misma persona usuaria en un periodo corto de tiempo, embarazo adolescente, desacuerdos con los padres o tutores, personas usuarias que no aceptan anticoncepción post evento obstétrico (APEO), etc (67).

Los datos internacionales muestran que las personas profesionales de la salud con dificultades al comparar sus valores personales con sus actividades señalan mayor preocupación por exponerse al riesgo de mermar o perder su reputación personal o profesional (67), lo cual puede generar un círculo vicioso que refuerza la idea de que participar en servicios de atención al aborto es una actividad poco digna. En el caso de niñas y adolescentes que solicitan

servicios de aborto seguro, en ocasiones, las personas prestadoras de salud indebidamente consideran la edad de la persona usuaria como impedimento para proporcionar los servicios. Esto se presenta frecuentemente cuando hay poco respaldo de las autoridades en materia de salud. En México, esta situación ha ido cambiando paulatinamente a partir del reconocimiento del marco legal que respalda y protege a las y los profesionales que brindan atención al aborto con un enfoque de derechos humanos.

El trabajo en equipo es una de las estrategias efectivas que el personal de salud reconoce para lidiar con esta problemática, debido a que, por un lado, les permite tener objetivos comunes con sus pares y, por otro, les permite sentirse con el acompañamiento oportuno en la resolución técnico-médica de situaciones complejas o de dilemas bioéticos (67). El que las y los profesionales de la salud puedan llevar a cabo procesos de clarificación de valores, les permitirá comprender mejor lo que está detrás de las historias de las personas usuarias y reconocer que las decisiones de cada persona son autónomas, subjetivas y respetables.

Las y los profesionales de la salud que atienden abortos seguros usualmente encuentran una fuente de satisfacción y orgullo en su práctica cuando cuentan con la competencia técnica y de trato en materia de aborto para la resolución de casos, ya que en ocasiones fueron testigos de procedimientos inseguros y sus complicaciones.

Asimismo, el personal de salud se siente motivado al ser capaz de dar información precisa y oportuna para ayudar a salvar vidas, evitar complicaciones y apoyar a las personas a ejercer su derecho a decidir (67).

Otras estrategias efectivas para evitar el estigma de los profesionales de la salud es el reconocimiento de los beneficios al participar en los servicios de aborto seguro, entre los que destacan: el acceso a capacitaciones que les proporcionan habilidades técnicas, el mejoramiento de la infraestructura de los servicios en los que colaboran, el acceso a proyectos y a apoyos económicos, el fortalecimiento de vínculos laborales y a redes internacionales de especialistas, entre otros (67). La evidencia muestra que, en la medida en la que el personal de salud es reconocido y su trabajo es valorado, se generan entornos facilitadores para que las personas usuarias accedan y ejerzan su derecho a la salud, contribuyendo al cambio social y fortaleciendo el compromiso profesional y social de los prestadores de los servicios (67).

Por último, en relación a este tema se hace referencia a la Jurisprudencia 1a./J. 232/2025 (11a.) que señala que resultan inconstitucionales las normas penales que contemplan sanciones para el personal de salud que lleve a cabo o procure los abortos voluntarios, ya que sancionarles por este motivo constituye un acto discriminatorio en su contra, al estigmatizar su labor por atentar contra un determinado modelo de valores sociales y morales, lo que, a su vez, genera un efecto inhibitorio que impacta directamente en el derecho de las mujeres y personas con posibilidad de gestar a acceder a un servicio de salud aceptable, disponible y de calidad. Por lo que **el Estado está obligado a evitar que las personas que prestan servicios de interrupción del embarazo sufran cualquier tipo de acoso, intimidación, discriminación, estigmatización y criminalización**⁴⁴.

⁴⁴ Ver Jurisprudencia en: <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2031051>

6.2 Momentos en la atención del Aborto Seguro

Este apartado establece los momentos esenciales que integran el modelo de atención al aborto seguro definido por la Secretaría de Salud. Cada momento constituye un componente indispensable para garantizar una atención centrada en la persona, brindada de manera oportuna ética y con calidad, respetando la autonomía reproductiva y el derecho a la salud de todas las personas

6.2.1 Consejería, orientación y acompañamiento

La consejería constituye un elemento obligatorio en la atención integral del aborto seguro. Es un proceso de comunicación continuo e interactivo, adaptado a las necesidades, circunstancias y preferencias de cada persona usuaria. Su propósito es brindar información suficiente, clara y basada en evidencia científica, para que las personas usuarias puedan tomar decisiones libres e informadas respecto al aborto inducido y al uso de métodos anticonceptivos posteriores.

La OMS define la consejería (1), como un proceso interactivo y enfocado a través del cual la persona usuaria recibe voluntariamente apoyo, información y orientación no directiva de una persona capacitada en un entorno propicio para compartir manera de pensar, sensaciones y percepciones, en torno al procedimiento de aborto seguro.

Además, se debe generar un espacio de escucha activa, libre de juicios y de discriminación, donde se respeten las decisiones individuales sobre la salud sexual y reproductiva, la confidencialidad y los derechos humanos de la persona usuaria, como parte de la atención centrada en la persona.

Este proceso debe garantizar confidencialidad, respeto a la autonomía y la entrega de información clara, oportuna, accesible y libre de juicios, siendo no directiva, individualizada y adaptable a las circunstancias y contextos particulares de cada persona usuaria. Asimismo, reconoce factores de vulnerabilidad como edad, discapacidad, pertenencia étnica, movilidad, situación económica, etapa gestacional, antecedentes de violencia y estigmatización, privilegiando una atención basada en la escucha activa, el respeto, el reconocimiento de la diversidad afectivo-sexual y la garantía del pleno ejercicio de derechos, en concordancia con las normas nacionales e internacionales.

Para ello, se debe centrar en las circunstancias individuales de las personas usuarias de los servicios, tomando en cuenta su estado físico y emocional y el contexto en el que solicitan un aborto, para focalizar la información que responda a sus necesidades e intereses. Este proceso representa un continuo de la atención.

El personal de salud debe cuidar en todo momento no tener actitudes que generan estigma, reproducir prácticas discriminatorias o, en su caso, un abordaje erróneo que impacte en la trayectoria de la decisión de la persona usuaria. Su rol es facilitar el acceso a los servicios, asegurando que la consejería sea un elemento constante durante todo el proceso de atención.

Es necesario reconocer que la experiencia del aborto puede ser físicamente dolorosa y que, en la manera en que se percibe, influyen factores biológicos, mitos e imaginarios sobre los procedimientos médicos y las condiciones en las que se realiza. Por ello, la atención se debe enmarcar en el contexto social, cultural y sobre los motivos por los que se solicita la atención, como en los casos específicos de violencia sexual. Desde esta perspectiva, resulta necesario contar con personal de salud capacitado y sensible que otorgue una consejería eficaz, centrada en la persona, que aclare los procesos de atención y genere confianza en las personas usuarias con información accesible, objetiva, clara, veraz, suficiente y basada en evidencia científica.

■ Directrices de la Consejería⁴⁵:

Las consideraciones generales para llevar a cabo la consejería se refieren a propiciar y crear un espacio y ambiente seguro y de confianza con las usuarias, para brindar información, a partir de una relación horizontal (50,68).

Acompañamiento emocional: El personal de salud debe establecer una relación de comunicación horizontal y bidireccional, mostrando comprensión y respeto al favorecer la expresión de dudas y necesidades y con ello motivar la libre expresión. El personal de salud debe escuchar con la intención de entender, intelectual y emocionalmente, las circunstancias, necesidades y preferencias de la usuaria, validando sus sentimientos e inquietudes.

La interacción con la persona usuaria debe ser flexible y adaptada a su situación particular, utilizando recursos o herramientas que faciliten la comprensión y comunicación efectiva. Este intercambio permite hacer preguntas a la persona usuaria sobre la información recibida con el objetivo de transmitirle que se están tomando en cuenta sus preocupaciones y dudas sobre el procedimiento. Se recomienda el uso de un lenguaje claro y comprensible, evitando simplificar o minimizar los hechos y cuidando el uso de tecnicismos o de palabras que no se adapten a su comprensión.

Privacidad y confidencialidad: El personal de salud debe asegurar que en el sitio de entrevista se resguarde la confidencialidad visual y auditiva para la usuaria y que la información intercambiada obedecerá a lo descrito en la sección de principios de la atención en este documento.

La privacidad también significa respetar el derecho de la persona a no responder a una pregunta(s) o a no compartir cierta información, si no lo desea. La consejería no debe tomarse como un interrogatorio, sino como un espacio de escucha activa.

⁴⁵ Adicionalmente, es importante considerar que la orientación y consejería tendrá dimensiones específicas si se trata de un caso de violencia sexual. En ese caso es necesario cuidar el abordaje para no victimizar o revictimizar a la persona usuaria y apegarse a lo establecido en la NOM-046 – SSA2 – 2005 y los protocolos y rutas de atención derivados.

Asimismo, en el sitio la usuaria tiene el derecho de ser acompañada. La presencia de una tercera persona solo está permitida si la usuaria lo solicita de forma explícita.

Información pertinente sobre la atención antes, durante y después del procedimiento: Esta dimensión encuentra contingencia con el proceso del consentimiento informado. Deberán transmitirse las alternativas y los procedimientos que se consideren en la atención, incluyendo la confiabilidad y seguridad de acuerdo con la información científica disponible, así como las opciones de manejo (farmacológico, AMEU u otros procedimientos), sus características, duración, manejo del dolor, los síntomas, signos de alarma y servicios disponibles en caso de emergencia.

Deberá también incluir los beneficios y riesgos de cada procedimiento asociados a las semanas de gestación y condiciones de salud de las usuarias, con la finalidad de que ellas tomen decisiones de manera libre e informada, sin anteponer los valores, creencias u opiniones del personal de salud.

Autonomía y autoderterminación: La usuaria tiene derecho a tomar una decisión libre e informada respecto a la solicitud de atención de aborto seguro. El personal de salud debe asegurar que la usuaria no sea forzada por nadie, así como respetar su decisión, cualquiera que ésta sea. Debe reforzarse el derecho de la usuaria a revocar o cambiar su decisión en cualquier momento. El trato deberá ser respetuoso y libre de discriminación, evitando revictimizar a través de mensajes estigmatizantes, juicios de valor, etiquetas y/o adjetivos calificativos.

Perspectiva interseccional: Es fundamental reconocer las circunstancias particulares que atraviesan las usuarias que acceden a estos servicios. Esto implica especial sensibilidad y adecuaciones en la atención para grupos históricamente vulnerados o en contextos específicos, como niñas, adolescentes, usuarias con un aborto en etapa gestacional avanzada, usuarias con discapacidad, en movilidad, población indígena, afromexicanas o de la diversidad sexo-genérica.

■ Generalidades

Las recomendaciones que a continuación se describen para la consejería están orientadas a diversas poblaciones. Sin embargo, no son limitativas y su aplicación deberá adecuarse a las necesidades y contextos específicos de cada usuaria.

Algunas sugerencias son (69):

- Poner al centro a las usuarias orientando la intervención desde una perspectiva de derechos humanos, derechos sexuales, derechos reproductivos y con enfoque de género.
- Asegurar la plena comprensión del aborto como un derecho humano fundamental, reconociéndolo como una manifestación de la autonomía reproductiva y de la capacidad de decisión, en tanto elementos que garantizan el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía personal y la protección de la intimidad.
- Ratificar que la atención se brinda bajo principios de confidencialidad absoluta y que está prohibida la discriminación o juicio moral por parte de cualquier miembro del personal de salud.
- Escuchar y comprender las preguntas o inquietudes que atraviesan las usuarias al tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.
- El servicio de aborto seguro no puede ser condicionado a la aceptación de un método anticonceptivo. La decisión de usar o no usar anticonceptivos, y cuál elegir, debe ser tomada sin ningún tipo de coerción, manipulación o presión por parte del personal de salud.
- Ofrecer opciones de manejo del dolor adecuadas al procedimiento. Nunca difundir la incomodidad o el dolor como “castigo” o “recordatorio”.

- Fortalecer habilidades de comunicación, tanto verbales como corporales, y la escucha activa, para generar confianza y acompañar con empatía.
- Desarrollar la capacidad de reflexionar sobre la propia práctica y mejorar continuamente la manera en que se acompaña a las personas.
- Reconocer y trabajar los propios prejuicios y temores para brindar una atención libre de estigmas o estereotipos de género. Separar las creencias personales (religiosas, morales o ideológicas) del rol profesional, priorizando siempre el bienestar y salud de quienes reciben la atención
- Impulsar el trabajo en equipo y la colaboración, reconociendo que el cuidado de la salud se construye colectivamente.
- En población LGBTQIA+, no obstaculizar la atención por discrepancias entre identidad y documentos, y usar siempre el nombre y pronombres que la persona usuaria prefiera.

■ Estrategias

Lenguaje verbal y no verbal sugerido

- Explicar procedimientos con palabras sencillas y comprensibles.
- Usar lenguaje inclusivo y respetuoso de la identidad de género manifestada por la persona usuaria.
- Validar experiencias personales, al reconocer a la usuaria como la principal experta en su propio cuerpo, y utilizar esa información objetiva para guiar el proceso de consejería de manera colaborativa.
- Emplear los términos “producto”, “feto” o “embrión”, o bien referirse conforme a la forma en que la persona usuaria lo nombre.
- Mantener una postura corporal que denote atención, respeto y empatía hacia la usuaria, con especial cuidado en el caso de niñas y adolescentes.
- Establecer contacto visual directo y cálido durante toda la interacción.
- Solicitar siempre el consentimiento previo antes de realizar cualquier contacto físico.

Lenguaje verbal y no verbal que se debe evitar

- Lenguaje estigmatizante, desvalorizador o prejuicioso. Frases del tipo “¿por qué esperaste tanto?”, “te va a doler como un parto”, “es un embarazo muy avanzado”, “es un aborto tardío” producen daño y no colaboran en la generación de salud
- Cualquier comentario o expresiones faciales que puedan generar desaprobación, rechazo, culpa o miedo en la persona usuaria.
- Gestos o comentarios que minimicen o ridiculicen la situación o emociones de la persona usuaria.
- Comentarios sobre el número de hijos, la edad de gestación, o el uso de métodos anticonceptivos que impliquen que la vida sexual o reproductiva es “irresponsable” o “desordenada”.
- Uso de lenguaje médico sin la debida explicación o contextualización: “vamos a hacer un AMEU, no te preocupes, luego te explicamos”.
- Evitar la jerarquía y la infantilización, anular términos paternalistas como “mi niña”.
- Posturas corporales rígidas que puedan expresar falta de interés o incomodidad.

■ Frases clave sugeridas:

“Hay diferentes formas de interrumpir un embarazo de manera segura. Voy a explicártelas paso a paso, y si algo no queda claro, lo retomamos.”

“Está bien si tienes dudas o emociones encontradas. Aquí podemos hablarlas con calma.”

“Cualquier sentimiento o pensamiento que tengas es válido y es parte de tu proceso. No tienes que sentirte de una manera específica.”

“Es importante que sepas los cuidados que debes tener en los próximos días.”

“Lo más importante es que tengas toda la información que necesitas.”

“Puedes hacerme cualquier pregunta. No hay preguntas incorrectas.”

“Cada persona tiene una experiencia diferente. Si tienes alguna duda sobre lo que te voy a explicar, por favor, házmelo saber.”

“La información es una herramienta para el ejercicio de tu autonomía. Lo que se busca es que tomes una decisión informada para ti.”

“La confidencialidad es un derecho. Toda la información que compartas aquí está protegida y es completamente privada.”

■ Preguntas útiles:

¿Qué información conoces o te han brindado hasta el momento?

¿Qué información te gustaría tener antes de tomar una decisión?

¿Hay algo que te preocupe o te haga sentir insegura en este momento?

¿En qué punto te gustaría que profundicemos?

¿Hay alguna pregunta o inquietud que no hayamos abordado aún?

¿Hay algo del proceso que no te haya quedado claro?

Me gustaría asegurarme de que tienes toda la información. ¿Qué podemos repasar o aclarar?

¿Tienes preguntas sobre los siguientes pasos o el seguimiento?

¿Hay alguna información que te haya resultado confusa?

¿Hay alguna preocupación que te gustaría abordar?

¿Tienes alguien que te esté apoyando o acompañando?

■ Orientación y consejería para poblaciones de atención prioritaria (55,70–73)

1. Consejería para usuarias Niñas y Adolescentes (NA)

Nota: Esta población enfrenta mayores temores ante ambientes adultocéntricos y desconocimiento del proceso; la consejería es una responsabilidad terapéutica que puede reducir la ansiedad, aumentar la comprensión y favorecer la toma de decisiones (74,75).

Aspecto clave	Recomendaciones
Capacidad jurídica y derecho a la salud sin discriminación	• Considerarlas sujetas de derechos, con acceso pleno a servicios de calidad y decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. • Validar emociones, deseos e intereses de las NA, reconocer que sus preferencias son distintas y prioritarias a los de su familia o tutores.
Lenguaje y comunicación	• Otorgar información clara, adecuada a la edad, desarrollo evolutivo y cognitivo. • Erradicar cualquier forma de infantilización, paternalismo o condescendencia. • Abordar el estigma con sensibilidad. • Promover reflexión sobre sus proyectos de vida, expectativas escolares y aspiraciones futuras a mediano y largo plazo.
Red de apoyo	• Explorar con la usuaria si cuenta con personas que puedan acompañarla antes, durante y después del procedimiento. • Indagar las percepciones sobre el aborto de las personas que integran su red de apoyo. • Cuando una institución de asistencia social acompaña o representa a la persona usuaria, es fundamental que el apoyo sea libre de estigma y que evite cualquier forma de revictimización.

Aspecto clave	Recomendaciones
Seguridad y protección	• Detectar indicadores de violencia sexual o familiar, factores de riesgo psicosociales y gestionar la referencia para recibir atención especializada⁴⁶. • Considerar antecedentes de toxicomanías para fortalecer la atención psicológica con un enfoque integral. • Activar rutas de atención con instancias de protección de NNA locales y/o federales. • En todas las atenciones de IVE a NA deberán de realizarse los avisos a MP y PPNNa para que estas instituciones velen por los derechos de la víctima.
Consentimiento informado	• Garantizar consentimiento informado y promover la autonomía progresiva. • Identificar los deseos y voluntad de las NA con el objetivo de detectar cualquier posible coerción o influencia de familiares o tutores que sea contraria a lo manifestado por la usuaria. • Brindar la representación en suplencia por parte de una Procuraduría de Protección cuando la representación originaria se negare a otorgar consentimiento. • En los casos de urgencias y no sea posible obtener el consentimiento informado por ausencia de las personas autorizadas o representantes legales que puedan otorgarlo, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento dejando constancia por escrito, en el expediente clínico (de conformidad con el artículo 81 de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).

⁴⁶ En apego de lo establecido en la NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, numeral 6.8.9 y 6.8.10 de la NOM En el caso de embarazo en menores de 15 años, estos se definirán como de alto riesgo y se identificar factores de riesgo, signos y síntomas para descartar posible violencia y/o abuso sexual. En este sentido la consejería se convierte un momento que posibilita la prevención de nuevas violencias al desnaturalizar los embarazos en NA.

Las niñas y adolescentes podrán estar representadas por su madre, padre, tutor o representante legal, o bien manifestar su elección a los servicios de consejería sin ese tipo de acompañamiento; en dichos casos, la persona usuaria podrá solicitar acompañamiento del área de psicología u otra profesional de la salud. La manifestación de la elección de la persona del grupo etario respecto al acompañamiento se hará constar a través del formato contenido en el Apéndice “C” Normativo de la NOM-047- SSA2-2015 (Formato para recibir Consejería sobre salud sexual y reproductiva en el Grupo Etario de 10 a 19 años sin acompañamiento). Independientemente de lo anterior, en todos los casos de atención a NNA en situación de violencia deberá darse el aviso a la PPNNA para que esta instancia en ejercicio de sus atribuciones vele por los derechos de esta población, que incluye la garantía de contar con la representación especializada que corresponda.

Frases o preguntas sugeridas:

- “Voy a escucharte con atención. Si en algún momento algo no queda claro o quieres decirme cómo te sientes, puedes hacerlo con toda confianza.”
- “Estoy aquí para acompañarte y explicarte las opciones que tienes.”
- “Cualquier sentimiento que tengas en este momento es válido. ¿Te gustaría hablar de ellos?”
- ¿Qué edad tiene tu pareja? (explorar en niñas o adolescentes posible coacción, abuso o violación sexual).
- ¿Este embarazo fue producto de una relación sexual con tu consentimiento? (explorar con énfasis en niñas o adolescentes posible coacción, abuso o violación sexual).
- ¿Te gustaría que te explique nuevamente lo que va a pasar para que te sientas más segura?
- ¿Hay alguna pregunta o duda que tengas sobre el procedimiento o el proceso?
- ¿Tienes a alguien en quien confíes y con quien puedas hablar de esto?

Frases o preguntas que se deben evitar:

- “Eres muy pequeña para tomar esta decisión”. “Si solo eres una niña para decidir.”
- “¿Dónde estaban tus papás?”
- “Te ayudaremos a decidir lo que es mejor para ti.”
- “No tienes que preocuparte por nada; nosotros nos encargamos de todo.”
- “Si yo tuviera tu edad...”
- “¿Por qué no te cuidaste?”

2. Consejería a personas usuarias con discapacidad visual, auditiva, intelectual, psicosocial, del desarrollo y múltiple

Aspecto clave	Recomendaciones
Capacidad jurídica y derecho a la salud sin discriminación	• Todas las personas con discapacidad tienen derecho al reconocimiento de su capacidad jurídica en igualdad de condiciones y en todos los aspectos de su vida, incluyendo la toma de decisiones sobre su salud y cuerpo, debiendo promover la aplicación de las medidas de apoyo que puedan necesitar para ejercer este derecho. • Todas las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación, y se deben adoptar las medidas pertinentes para asegurar el acceso a servicios de salud⁴⁷. • En los casos de IVE cuando la persona afectada presente discapacidad mental para decidir, este hecho se asentará en el aviso al Ministerio Público; corresponde al responsable del establecimiento de salud dar aviso al Ministerio Público y no al médico tratante. La copia del aviso quedará en el expediente de la o el usuario.
Consentimiento informado	• Debe ser recabado directamente de la persona usuaria, brindando alternativas de ajustes razonables posibles para la comprensión de la información. • Ofrecer el consentimiento informado en formatos accesibles como Braille, letras grandes, lengua de señas o un archivo de audio para que la persona pueda revisarlo por su cuenta. • Respetar y salvaguardar la privacidad e intimidad de la usuaria. • La presencia de cualquier acompañante debe ser solicitada y consentida de forma libre por la persona usuaria.

⁴⁷ En los términos del amparo en revisión 636/2022, SCJN. <https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documentos/dos/2023-11/231114-AR-636-2022.pdf>

Aspecto clave	Recomendaciones
Lenguaje y comunicación	• Lenguaje y comunicación: Brindar información en formatos accesibles (lectura fácil, lengua de señas, pictogramas, etc.) según la necesidad. • Identificar previamente a personal de salud capacitado y sensibilizado en el tema para facilitar la comunicación en caso de ser necesario. • No asumir nivel de comprensión o entendimiento de la información. • Asegurar comunicación efectiva, considerando discapacidad sensorial, cognitiva o psicosocial. • Dirigirse siempre a la persona con discapacidad directamente, no hablarle a través de su acompañante o únicamente a su acompañante.
Barreras institucionales	• No solicitar la autorización de tutores, cuidadores o familiares para acceder al servicio de aborto seguro, cuando esto no sea necesario, conforme a la legislación aplicable. • Adecuar infraestructura (nueva y existente) para cumplir con la Accesibilidad Universal (ej. rampas, señalética en Braille, mostradores bajos).
Seguridad y protección	• Detectar indicadores de violencia sexual, especialmente con personas con discapacidad intelectual o psicosocial.
Red de apoyo	• Explorar con la usuaria si cuenta con personas que puedan acompañarla antes, durante y después del procedimiento. • Activar protocolos de protección y vincular con instancias especializadas para el acompañamiento inmediato de personas con discapacidad.

Frases o preguntas sugeridas:

- “Nadie puede decidir por ti. Yo estoy aquí para ayudarte a comprender todas tus opciones y apoyarte en lo que necesites.”
- “Tú decides qué necesitas para comprender los procedimientos. Podemos tomarnos el tiempo necesario y explicarlo de distintas formas si hace falta.”
- Verbalizar las acciones y el entorno antes de comenzar. Por ejemplo: “Voy a sentarme frente a ti ahora”, “Estoy tomando la hoja de consentimiento”.
- ¿Cómo prefieres recibir la información?
- ¿Necesitas que repitamos o que te entreguemos la información en un formato específico (como texto grande, Braille, o audio)?

Frases o preguntas que se deben evitar:

- “No creo que entiendas esta parte...”
- “Mejor que lo decida tu tutor.”
- “¿Su tutor/familiar está de acuerdo con que tome esta decisión?”
- “¿Estás segura de que realmente entiendes el procedimiento?”
- “Antes de embarazarte debiste de pensar en tu condición de salud.”
- “¿Cómo se te ocurre embarazarte con tu condición?”

3. Consejería a personas usuarias en movilidad

Nota: Esta población debe tener garantizado el acceso pleno y sin restricciones a los servicios de aborto seguro, procurando que su situación migratoria no constituya un obstáculo ni motivo para su referencia a autoridades migratorias. Asimismo, ninguna persona debe ser devuelta a un lugar donde corra riesgo su integridad o su vida.

Aspecto clave	Recomendaciones
Capacidad jurídica y derecho a la salud sin discriminación	• Reafirmar que el acceso al aborto seguro es un derecho universal para toda persona sin importar su nacionalidad o situación migratoria. • Capacitar y sensibilizar al personal para evitar conductas racistas, xenófobas o de estigma cultural.
Consentimiento informado	• Garantía absoluta de que la información médica o personal no será compartida con autoridades migratorias, policiales o consulares bajo ninguna circunstancia.
Lenguaje y comunicación	• Contar con intérpretes o materiales en el idioma de origen de la persona en movilidad. • Aunque haya un traductor, dirigirse directamente a la persona usuaria. • Evitar terminología coloquial o regional. En caso de uso, transcribirla o verificar su significado contextual.
Barreras institucionales	• Eliminar requisitos administrativos que impidan el acceso (documentos migratorios, identificación oficial vigente, comprobantes de domicilio, etc.). • El servicio debe brindarse con la mayor oportunidad posible, de manera que la persona pueda acceder a un aborto seguro sin enfrentar demoras antes de verse obligada a cambiar su ubicación.

Aspecto clave	Recomendaciones
Seguridad y protección	Identificar riesgos asociados a movilidad (violencia sexual, trata de personas) y referir a instancias de protección si es necesario.
Red de apoyo	Facilitar el acceso a redes locales de apoyo, organizaciones o albergues que trabajen con población migrante.
Pertinencia cultural	- Reconocer la diversidad de saberes, costumbres, creencias y valores, siempre que ello no vulnere los derechos humanos. - Escuchar sin invalidar, y ofrecer opciones desde el respeto. - Evitar la imposición de normas culturales locales.

Frases o preguntas sugeridas:

- “Estás en un lugar seguro. Nadie va a juzgarte la atención no está condicionada a tu estatus migratorio.”
- “Queremos asegurarte que toda la información que compartas es completamente confidencial y no será compartida con ninguna autoridad migratoria.”
- “Si te sientes insegura o amenazada por alguien en el exterior de la clínica, por favor, avísenos de inmediato. Tenemos protocolos para proteger su seguridad.”
- ¿Hay algo que necesitamos saber para que esta atención sea respetuosa con tu cultura?
- ¿Te sientes segura aquí?
- ¿Hay algo que podamos hacer para que te sientas más cómoda?
- ¿Te gustaría o necesitas que alguien traduzca esta información a tu idioma?

Frases o preguntas que se deben evitar:

- “¿Por qué no lo hiciste en tu país?”
- “¿Cuál es tu situación legal?, Si no tienes papeles, no podemos ayudarte.”
- “No podemos darte cita si no tienes un comprobante de domicilio vigente.”
- “Esto es mucho más complicado porque vienes de fuera.”
- “Tendremos que documentar tu situación migratoria en tu expediente.”

4. Consejería a personas usuarias indígenas y afromexicanas

Aspecto clave	Recomendaciones
Capacidad jurídica y derecho a la salud sin discriminación	• Evitar cualquier forma de condescendencia o suposición de ignorancia. • No asumir que la persona usuaria tiene una comprensión limitada de su propia sexualidad.
Consentimiento informado	• Proporcionarle de forma oral y, idealmente, escrita en la lengua originaria de la persona usuaria, garantizando total entendimiento del contenido.
Lenguaje y comunicación	• Preguntar si la persona prefiere hablar en su lengua materna y ofrecer intérprete si es posible. • Asegurar la presencia de intérpretes en lengua originaria. • Adaptar conceptos médicos o legales a la cosmovisión y léxico de la usuaria. • Validar que la información sea comprendida.
Barreras institucionales	• Flexibilizar requisitos administrativos (identificación oficial vigente, comprobantes de domicilio, etc.). • Garantizar la atención inmediata y prioritaria, asegurando que el tiempo de espera no obligue a un traslado adicional.
Seguridad y protección	• Activar protocolos que detecten si el embarazo es resultado de un acto de violencia de un agente externo a su comunidad (disputas territoriales, presencia militar o actividades extractivas). • Activar protocolos que detecten si el embarazo es resultado de una práctica cultural nociva (como matrimonio forzado).
Red de apoyo	• Facilitar el acceso a organizaciones y albergues con enfoque de interseccionalidad y pertinencia cultural.

Aspecto clave	Recomendaciones
Pertinencia cultural	• Escuchar y respetar las creencias, saberes y prácticas tradicionales sin descalificarlas. • Eliminar comentarios que descalifiquen las prácticas de salud, los remedios o las costumbres que la usuaria mencione haber utilizado o pretenda utilizar. • Reconocer que las decisiones pueden estar mediadas por valores distintos a los biomédicos.

Frases o preguntas sugeridas:

- “Sabemos que en tu comunidad hay formas propias de atender la salud. Si quieres, podemos hablar de cómo combinar esos cuidados con lo que aquí te ofrecemos.”
- “Todo lo que sientas es válido. Vamos paso a paso, con cuidado, para que puedas tomar la decisión que te haga sentir más segura.”
- “Podemos escribir información importante del proceso en su lengua, si eso ayuda a recordarlo mejor.”
- ¿Hay algo que podamos hacer para que esta atención respete mejor tu cultura?
- ¿Hay una persona de tu confianza que quieras que esté contigo o que ayude a traducir a tu lengua?
- ¿Hay algún remedio que usted planee usar después del procedimiento? Nos ayuda a saberlo para asegurarnos de que no interfiera con los medicamentos.

Frases o preguntas que se deben evitar:

- “Eso que crees no es verdad o no es así.”
- “Quizá esta situación puede ser una costumbre en tu comunidad”
- “Aquí se hace como decimos nosotros.”

5. Consejería a personas usuarias transgénero, no binarias, mujeres lesbianas, bisexuales, población LGBTQIA+

Aspecto clave	Recomendaciones
Capacidad jurídica y derecho a la salud sin discriminación	• No indagar sobre el origen de la gestación de forma invasiva o con sorpresa. • Mantener neutralidad total sobre el origen del embarazo. • No preguntar sobre los hábitos sexuales innecesariamente, no investigar o juzgar prácticas sexuales.
Consentimiento informado	• Asegurar que los formularios o sistemas de registros no impongan estándares binarios. • Garantizar al máximo la confidencialidad sobre la identidad de género u orientación sexual de la persona.
Lenguaje y comunicación	• Nunca asumir el género o la orientación sexual. • Preguntar por el nombre y los pronombres que la persona usuaria prefiere (él, ella, elle) y usarlos consistentemente durante toda la interacción.
Barreras institucionales	• No obstaculizar el servicio de aborto seguro debido a la falta de concordancia entre los documentos legales y la identidad de género.
Seguridad y protección	• Activar protocolos que detecten posibles actos de violación sexual (por ejemplo, violación por homofobia).
Red de apoyo	• Facilitar el acceso a redes locales de apoyo, organizaciones o albergues que trabajen con población LGBTQIA+.

Frases o preguntas sugeridas:

- "Usaremos el nombre y los pronombres que nos indiques durante toda la atención."
- "Tu identidad de género es completamente respetada aquí, sin excepción."
- "Tu derecho a servicios de aborto seguro no depende de tu orientación sexual ni de tu identidad."
- "¿Cuál es tu nombre y qué pronombre te gustaría que utilicemos (él/ella/elle)?"
- "Para planificar tu cuidado, ¿estás tomando alguna terapia hormonal o de reafirmación de género en este momento?"
- "De las opciones que discutimos, ¿hay algo que aún te genere preguntas o incertidumbre?"

Frases o preguntas que se deben evitar:

- "Sé que, como mujer, esta es una decisión muy difícil."
- "¿Cómo es que quedaste embarazada si eres [lesbiana/trans]?"
- "Si eres [lesbiana/bisexual], ¿quién te dejó embarazada?"
- "¿No te parece extraño que un [hombre/persona no binaria] esté en esta situación?"
- "Tendremos que documentar tu situación migratoria en tu expediente."

6 Consejería en aborto a partir de 20 semanas

Aspecto clave	Recomendaciones
Capacidad jurídica y derecho a la salud sin discriminación	Evitar actitudes coercitivas, culpabilizantes o que obstaculicen el acceso al aborto por el número de semanas de gestación.
Consentimiento informado	Asegurar que toda la información compartida sea estrictamente confidencial.
Lenguaje y comunicación	- Traducir términos clínicos complejos a un lenguaje sencillo. - Ante mayor carga emocional, dudas o incertidumbre, brindar acompañamiento empático, sin juicio. - Explicar el procedimiento, opciones disponibles y posibles efectos con claridad y sensibilidad. - Nunca cuestionar el tiempo que la persona tomó para decidir o el tiempo que le tomó para acceder a la atención.
Barreras institucionales	- Evitar prácticas burocráticas o administrativas que dificulten o retrasen la atención. - Garantizar la referencia inmediata y oportuna a la institución de salud adecuada cuando la unidad no pueda brindar el servicio.
Seguridad y protección	Activar protocolos que detecten si la persona usuaria está siendo forzada, presionada o amenazada (física, emocional o económicamente) por familiares o pareja para interrumpir el embarazo contra su verdadera voluntad.
Red de apoyo	Explorar con la usuaria si cuenta con personas que puedan acompañarla antes, durante y después del procedimiento.

Frases o preguntas sugeridas:

- “No importa el momento en que tomes esta decisión, lo importante es que estés segura y tranquila.”
- “Estoy aquí para ayudarte en este proceso con la mayor claridad y apoyo posible.”
- “Debemos realizar algunos pasos más para que siga siendo seguro, te explico este medicamento [nombre] está diseñado para [propósito]. Podrías sentir estos [síntomas]. ¿Tienes alguna duda antes de comenzar?”
- ¿Qué fue lo que te llevó a tomar esta decisión en este momento?
- ¿Qué necesitas de nosotras para sentirte segura y tranquila?
- ¿Hay alguna parte del proceso que te preocupe más?, ¿quieres que detallemos en ese aspecto?

Frases o preguntas que se deben evitar:

- “Hubiera sido más fácil, si venías antes”
- “Esto ya es casi un bebé”.
- “Pero ya se le ve la formita”
- “Ya lo pensaste bien... siempre hay otras opciones”
- “¿Cómo decidiste hasta ahora?”
- “¿Por qué tardaste tanto en llegar”
- “¿Por qué esperaste tanto?”

6.2.2 Consentimiento informado

El consentimiento informado es el proceso mediante el cual la persona usuaria con base en información clara, suficiente y basada en evidencia científica, expresa de manera libre y voluntaria su decisión sobre las alternativas con las que cuenta para realizar el aborto y sobre el uso de métodos anticonceptivos posteriores.

Representa el principal instrumento jurídico y ético para hacer efectiva la protección del derecho a la salud y no debe entenderse sólo como un formato o un contrato, pues es un proceso clínico de comunicación continua en el que el personal de salud y la persona usuaria tienen la disposición recíproca para hacer ejecutable el derecho de una persona a decidir aceptar o no un procedimiento médico (76).

Este proceso está relacionado con la consejería y deberá realizarse mediante una comunicación efectiva y horizontal. Implica el reconocimiento de la autonomía de la persona usuaria, su capacidad para tomar decisiones y su derecho a participar activamente en el ejercicio de la salud.

Es además el momento en el que se documenta que la persona usuaria recibió información suficiente, clara y veraz para someterse a un procedimiento determinado. Por lo que necesariamente deberá constar en el expediente clínico, ya que con ello se acredita que el personal de salud cumplió con su obligación de proporcionar la información del procedimiento a realizar a la usuaria y que ésta la comprendió cabalmente, por lo que consiente de manera voluntaria a la atención.

El consentimiento informado constituye un instrumento para la realización de un principio esencial: que la persona sea dueña efectiva de sus decisiones, como corresponde a su dignidad y autonomía (76).

El personal de salud deberá asegurar las condiciones necesarias para acompañar a la persona usuaria en la resolución de dudas, miedos, inquietudes. Asimismo, deberá identificar y limitar cualquier forma de presión o coacción de terceros como amenazas de familiares, pareja u otras personas- que busquen impedir el procedimiento. También deberá evitarse que se proporcione información carente de fundamento científico. Por lo anterior, el consentimiento informado es un derecho fundamental de las personas usuarias y una exigencia ética y legal para el equipo de salud.

Tras recibir la información correspondiente, que deberá incluir las alternativas disponibles, los riesgos y beneficios esperados, la usuaria podrá otorgar o negar su consentimiento y este deberá formalizarse por escrito. Es importante señalar que las usuarias tienen la facultad de revocar el consentimiento en cualquier momento y esta decisión debe quedar debidamente documentada en el expediente clínico (Consulta el QR con los formatos de referencia)⁴⁸.

En los casos de urgencia, cuando no sea posible obtener el consentimiento por incapacidad transitoria o permanente de la persona usuaria y, ausencia de las personas autorizadas o representantes legales que puedan otorgarlo, las y los médicos autorizados de la unidad de salud que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento dejando constancia por escrito, en el expediente clínico, de conformidad con el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

En ningún caso se deberán de exigir requisitos adicionales a los señalados jurídicamente, ni crear barreras administrativas que retrasen innecesariamente la prestación del servicio, esto se considera discriminatorio.

⁴⁸ En el caso en el que una usuaria revoque el consentimiento sobre algún procedimiento, el personal de salud debe comunicar de manera clara y efectiva los efectos de ello, asegurándose de que la usuaria comprende la situación y los impactos a su salud. Cuando se trate de procedimientos trans-cervicales como la aspiración manual endouterina, se debe aclarar con antelación que no será posible interrumpir el procedimiento sin haberlo concluido. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf

Modelos de referencia de consentimiento informado



■ Consentimiento informado en personas usuarias con discapacidad

Las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación. Por ello, se deben adoptar medidas pertinentes para asegurar su acceso a servicios de salud, en particular, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la atención del aborto seguro. El personal de salud debe prestar los servicios sobre la base de un consentimiento libre e informado con el objetivo de proteger de manera integral sus derechos humanos. Asimismo, debe respetar y proteger la voluntad, la autonomía y las preferencias de la persona usuaria con discapacidad.

Es por ello que en estos casos existe una obligación de parte del personal de salud de hacer los ajustes y apoyos necesarios para que la persona con discapacidad comprenda la información y pueda ejercer su derecho, de acuerdo con lo previsto en el penúltimo párrafo del artículo 51 Bis 2 de la Ley General de Salud. La Corte ha resuelto en el Amparo en Revisión 632/2022 que solo cuando se hayan realizado todos los esfuerzos reales, considerables y pertinentes, pero aun así no se pueda conocer la decisión de la mujer o persona con capacidad de gestar con discapacidad

para interrumpir o continuar su embarazo, se debe acudir a la “mejor interpretación posible de su voluntad y preferencias” como último recurso. La mejor interpretación posible sobre la decisión de continuar o interrumpir un embarazo se debe fundar en la trayectoria de vida de la mujer o persona con capacidad de gestar, indagando sobre sus valores personales, preferencias y sobre si manifestó su voluntad previamente en contextos similares.

Habiendo agotado lo anterior, y una vez determinado el estado de incapacidad transitoria o permanente de la persona usuaria, el consentimiento informado será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, siempre después de haber recibido información completa sobre el procedimiento.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad de la persona usuaria de los servicios de salud y haya ausencia de las personas anteriormente mencionadas, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento que se requiera, dejando constancia por escrito, de esta situación en el expediente clínico. El documento del consentimiento informado deberá integrarse al expediente clínico de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico⁴⁹.

De conformidad con el numeral 6.5.2 de la NOM 046, En el caso de que la persona usuaria afectada presente discapacidad mental para decidir, este hecho se asentará en el aviso al Ministerio Público; correspondiéndole al responsable del establecimiento de salud dar aviso al Ministerio Público y no al médico tratante. La copia del aviso quedará en el expediente.

⁴⁹ Ver artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia De Prestación de Servicios de Atención Médica.

■ Consentimiento informado por parte de NA en las atenciones de aborto seguro

Los principios de interés superior de la niñez y la adolescencia, buena fe y de autonomía progresiva reconocidos en el marco jurídico internacional y nacional⁵⁰, deben de aplicarse de manera prioritaria en el otorgamiento del consentimiento informado en casos de aborto seguro en las niñas y adolescentes. Esto garantiza que puedan acceder a este servicio sin discriminación ni barreras dentro de las instituciones de salud.

La Convención sobre los Derechos del Niño establece que los Estados Partes deben adoptar todas las medidas necesarias – administrativas, legislativas y de cualquier índole- para garantizar la efectividad de los derechos reconocidos. **En su observación No. 4 del Comité de los Derechos del Niño, se señala que niñas, niños y adolescentes tienen derecho a recibir atención médica, incluso sin consentimiento de sus padres, en función de sus facultades, edad y madurez.** Esto refleja fielmente el reconocimiento de la condición de seres humanos a menores de 18 años como titulares de derechos.

En el ámbito nacional, el artículo 51 Bis 2 en su octavo párrafo de la Ley General de Salud obliga a los prestadores de servicios a implementar apoyos y ajustes razonables, adecuados a la edad de la persona menor de edad, para que su voluntad y preferencias sean respetadas en la determinación de las intervenciones necesarias para su salud y bienestar.

Tomando en cuenta lo anterior, los criterios generales que desde este CNEGSSR se emiten en relación con el otorgamiento del consentimiento informado por parte de las personas menores de edad, para cada una de las formas de acceso al aborto seguro, son:

⁵⁰ En el ámbito jurídico internacional, estos principios se encuentran previstos en la Convención de los Derechos del Niño; en el marco jurídico nacional, se contemplan en el párrafo 11 de la Constitución Política Mexicana y en el artículo 2 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. También han sido reconocidos estos principios por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en diversos criterios judiciales.

Consentimiento informado en los casos de atención a la IVE

De acuerdo con el artículo 35 de la Ley General de Víctimas, a toda víctima de violación sexual, o cualquier otra conducta que afecte su integridad física o psicológica, se le garantizará el acceso a los servicios de IVE. En cuanto al consentimiento, en este caso se aplica lo establecido en el numeral 6.4.2.7 de la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención (NOM 046) que refiere en específico, tratándose de personas menores de edad: “(...) *en caso de ser menor de 12 años de edad, a solicitud de su padre y/o su madre, o a falta de éstos, de su tutor o conforme a las disposiciones jurídicas aplicables*”, en consecuencia, en cumplimiento a este contenido, el cual ha sido validado por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en atención al principio de interés superior de la niñez y autonomía progresiva⁵¹, el otorgamiento del consentimiento informado opera de la siguiente manera:

- **Adolescentes de 12 a 17 años de edad:** pueden realizar su solicitud de atención por sí mismas de manera autónoma, por lo tanto, ellas también realizan por sí mismas el otorgamiento del consentimiento. Es importante precisar que, aunque la solicitud y consentimiento en este rango de edad lo pueden realizar de manera autónoma, no obstante lo anterior, en la atención de IVE a esta población, deberá darse el aviso a la PPNA, de conformidad con el numeral 6.5.5 de la NOM 046, para que esta institución vele por el cumplimiento y garantía de los derechos de estas víctimas.
- **Niñas de 11 años de edad o menos:** su solicitud de atención y su consentimiento lo realizan padre, madre o tutor. En caso de que no existan estas figuras o bien, si existe discrepancia entre la voluntad de la niña y sus representantes, la PPNA ejercerá la representación que corresponda para garantizar los derechos de la víctima. En estos casos de niñas menores de 11 años en los que no se cuente con padre, madre o tutor, y tras haberse dado aviso al MP y a la PPNA (numeral 6.5.5 de la NOM 046), sin que ninguna de estas instancias haya acudido o dé seguimiento al respecto, dado que se trata de

⁵¹ Validado por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en las controversias constitucionales 45/2016 y 53/2016 sobre la validez de las reformas realizadas a la NOM 046 en 2016. También fue reiterado en la Acción de Inconstitucionalidad 89/2024.

la atención a una urgencia médica⁵² se aplicará lo dispuesto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Este prevé que, previa valoración del caso y con el acuerdo de al menos dos médicos autorizados del hospital, se podrá llevar a cabo el procedimiento requerido, dejando constancia por escrito en el expediente clínico.

Independientemente del otorgamiento del consentimiento en términos de lo previsto en la NOM 046, se reitera que tanto en los casos de atención a IVE de niñas (de 11 años o menos) como de adolescentes (de 12 a 17 años) se deben realizar los avisos al MP y a la PPNNA y éstos deben constar en el expediente clínico.

De manera general en la atención de aborto seguro que se brinde a las niñas y adolescentes, el sector salud tiene deberes reforzados de protección, acorde al artículo 4° de la Constitución⁵³ (34). Esto implica la responsabilidad del personal de salud de realizar una valoración para descartar factores o indicios de violencia, especialmente en embarazos de personas menores de 15 años, como lo establece el numeral 6.8.10 de la NOM 047. Asimismo, en concordancia con la ENAPEA deberá activarse la *Ruta para la atención y protección integral de niñas y adolescentes madres y/o embarazadas menores de 15 años* (Ruta NAME) por atención específica a este grupo etario. En estos casos, la atención corresponderá a una IVE, previa consejería y consentimiento informado, otorgado conforme a lo previsto en este Lineamiento.

Intervención y representación jurídica de la PPNNA en la atención a IVE de NA

Como se observa, en todos estos casos de atención de IVE de niñas y adolescentes existe la obligación de los servicios de salud de dar aviso a la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (PPNNA) correspondiente para que esta institución en cumplimiento a sus atribuciones previstas en la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes vele por el interés superior de la niñez y adolescencia de la víctima y en caso de obstáculos o negativas de atención, discrepancia entre la voluntad de la víctima y los padres o cualquier otra vulneración

⁵² Así lo prevé el numeral 6.4.1 de la NOM 046.

⁵³ Artículo 4° constitucional, penúltimo párrafo.

de derechos que se presente para y durante la atención médica, esta institución pueda intervenir y realice las gestiones que correspondan para que la NyA pueda ejercer su derecho a la IVE.

El aviso a esta PPNNA debe constar en el expediente clínico al igual que el aviso al MP (Numeral 6.5.5 NOM 046) ya que es la forma de acreditar que los servicios de salud activaron la ruta de atención integral y deberes reforzados para NNA víctimas de violencia sexual, sin embargo, se precisa que **estos avisos no condicionan de ninguna manera la atención, ya que se reitera que esta atención es una urgencia médica y debe atenderse de manera inmediata y sin dilaciones.**

Consentimiento informado en los casos de atención a la ILE

Tratándose de la implementación a la ILE, lo que ha ocurrido es que cada entidad federativa o institución del sector salud que va incorporando esta atención de ILE emite una serie de disposiciones operativas que aplican en las unidades de salud para otorgar este servicio, esto incluye lo relativo al otorgamiento del consentimiento informado para adolescentes que requieren una ILE acorde con su legislación aplicable. Sin embargo, en términos generales, este CNEGSSR considera deben cumplirse con estos criterios para no obstaculizar la atención de la ILE a esta población:

- En ningún caso podrá negarse o limitarse la atención a adolescentes por razón de su edad, ya que esto sería incurrir en discriminación.
- El personal de salud previo a la atención realizará una detección y/o valoración en esta población de factores de violencia, particularmente en aquellos casos de embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años⁵⁴. Si se detecta violencia, la atención se apegará a lo previsto en la NOM 046 (40). En el caso de las niñas embarazadas de 10 a 14 años en cumplimiento y alineación a la ENAPEA y para efectos de implementar de manera eficiente la Ruta NAME a nivel nacional, esta población se atenderá como una IVE en el marco de la LGV y de la NOM 046, ya que existe una presunción de violencia sexual, además de que un embarazo a esas edades se considera de alto riesgo, ya que hay una afectación a la salud física y psicológica de las NA.

⁵⁴ Conforme al numeral 6.8.10 de la NOM 047.

- Si la adolescente tiene entre 15 a 17 años y refiere no haber vivido alguna situación de violencia, y de la valoración realizada por el personal de salud, no se encuentra indicios de violencia que haya coaccionado o coaccionado el consentimiento en el acto sexual, esto se asentará en el expediente respectivo y en consecuencia, dado que en estas edades se reconoce un grado de suficiente desarrollo y madurez para la toma de decisiones, en aplicación de los principios de interés superior de la niñez y la adolescencia, así como de la autonomía progresiva, se estima puede procederse a brindar la atención de la ILE. Dejando constancia en el expediente de puño y letra de la adolescente que comprendió cabalmente la información que se le proporcionó del procedimiento a realizar.
- En caso de que el lineamiento operativo o medidas operativas de la institución de salud contemplen que el consentimiento informado para la ILE debe ser firmado por madre, padre o persona tutora de la adolescente y no se cuenten con estas figuras o bien, existiera alguna discrepancia o conflicto entre la decisión de la adolescente y la persona adulta a cargo, o se llegase a presentar cualquier otro obstáculo para su atención, se deberá dar aviso a la PPNNA, para que esta institución se encargue de realizar todas las gestiones necesarias para garantizar la decisión de la adolescente y pueda acceder a la ILE atendiendo a su voluntad y respeto de sus derechos. Esta institución es la encargada de realizar las gestiones necesarias para garantizar que se respete la decisión de la adolescente y pueda acceder a este servicio, atendiendo a su voluntad y respeto de sus derechos.

6.2.3 Manejo clínico

Las pautas de atención, los esquemas de manejo, las dosis y vías de administración que se presentan a continuación, se fundamentan en la evidencia científica más reciente y disponible al momento de esta actualización, teniendo como referencia los estándares de calidad establecidos por organismos internacionales en la materia como la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO,2023), entre otros. **En el ejercicio de la rectoría del Sector Salud, la Secretaría de Salud establece criterios técnicos para orientar la definición del nivel de atención y del tipo de unidad en la que debe proporcionarse la atención del aborto, con el fin de garantizar condiciones óptimas de seguridad, calidad y resolutividad.**

El propósito es asegurar que el manejo clínico se otorgue de manera homogénea, con base en criterios actualizados y en apego a estándares nacionales e internacionales⁵⁵ de calidad y buenas prácticas.

a) Consideraciones generales

La atención a la persona en este servicio deberá individualizarse y considerar las necesidades, preferencias y condiciones de salud de la persona solicitante. Para el manejo se tomará en cuenta el diagnóstico que establezca el personal de salud que incluye las semanas de gestación, además de la infraestructura disponible. Se priorizará siempre la solicitud y preferencias.

⁵⁵ Para el diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico y de la enfermedad trofoblástica gestacional, se debe consultar el Lineamiento Técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica, así como las guías de práctica clínica correspondientes. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/prevenccion-diagnostico-y-manejo-de-la-hemorragia-obstetrica>

De acuerdo con la OMS 2023, 2024 (8), la telemedicina se reconoce como una alternativa válida a la interacción presencial, que permite proveer servicios de aborto con medicamentos de forma parcial o total⁵⁶. Cuando exista la posibilidad de contar con atención a distancia, previa a la consulta, se puede recabar información general a través de una entrevista clínica adecuada, principalmente en mujeres sin comorbilidades, particularmente en las primeras 12 semanas de gestación, que permita identificar posibles factores de riesgo que incrementan la probabilidad de complicaciones o la necesidad de manejo en un contexto presencial o supervisado por personal de salud o que ameriten atención hospitalaria⁵⁷. Todo deberá quedar documentado en el expediente clínico. En el primer trimestre se priorizará el manejo ambulatorio con régimen farmacológico o bien, aspiración endouterina, siempre que sea posible y la persona usuaria cuente con un entorno que lo permita. La persona usuaria y acompañante deberán recibir información clara, veraz y suficiente sobre el proceso, los efectos y signos de alarma, mediante consejería y consentimiento informado.

■ Aborto seguro para proteger la salud integral de la persona

El personal de salud tiene la obligación permanente de resguardar el bienestar físico, mental y social de la mujer o persona con posibilidad de gestar durante la atención del embarazo. Esto implica que en **el interrogatorio que se debe efectuar desde la primera consulta de atención prenatal y en cada consulta subsecuente el personal de salud debe analizar integralmente la situación de cada persona usuaria, valorando no sólo los aspectos físicos, sino también aquellos que inciden en su salud psicológica**, como sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva u otros factores de riesgo en la salud mental, incluyendo la manifestación de no desear o continuar con el embarazo o haber recibido un diagnóstico

⁵⁶ Lo anterior se sustenta, además, en lo dispuesto por la Ley General de Salud, Capítulo VI Bis, en materia de uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación para la prestación de servicios de salud, incluida la telemedicina, como un mecanismo para ampliar el acceso efectivo, continuo y de calidad, particularmente en contextos de desigualdad territorial y social.

⁵⁷ Entre los antecedentes pertinentes se encuentran: los trastornos de la coagulación, alergias a medicamentos, uso actual de medicamentos e indicación, comorbilidades agudas o crónicas; la información relacionada con embarazos previos y sus resultados, el uso de anticonceptivos, el antecedente de infecciones de transmisión sexual, incluido VIH, la ingesta de fármacos actuales, entre otros.

de malformaciones fetales y su salud social como precarización económica, discapacidad, desnutrición, condición migratoria u otras circunstancias de vulnerabilidad. Esta valoración permitirá ofrecer una respuesta personalizada y efectiva que garantice el ejercicio del derecho a la salud y de los derechos reproductivos de cada persona.

Si como resultado de la evaluación, el personal de salud advierte que la continuación del embarazo puede generar afectaciones en alguna de las esferas que conforman la salud integral de la persona usuaria, deberá hacer de su conocimiento dicha situación. Esto con el fin de que la usuaria, en pleno ejercicio de su autonomía y derecho a decidir, determine si desea continuar o no con el embarazo. En caso de que la persona usuaria decida interrumpir el embarazo, se deberá asegurar el acceso a servicios de aborto seguro, orientados a preservar su bienestar y prevenir o mitigar posibles daños a su salud integral. Para tal efecto, el personal de salud analizará las particularidades de cada caso y brindará información sobre las alternativas disponibles, a fin de que la decisión pueda concretarse de manera segura.

Cuando se identifiquen afectaciones en la salud física, mental, emocional o social de la persona usuaria, deberá realizarse una valoración integral del caso a fin de considerar el supuesto jurídico aplicable para el acceso al aborto seguro, desde un enfoque de derechos humanos. A partir de ello, será necesario definir la ruta de atención más adecuada para proteger su salud y bienestar integral, tomando en cuenta sus necesidades específicas y el contexto en el que se desarrolla la atención. (Ver el código QR para el fichero de salud integral).



Durante el manejo clínico se deberá:

- Realizar valoración clínica, cuando así proceda mediante entrevista (si no se hubiera hecho antes) y exploración física, y documentarla en el expediente clínico. Si durante la atención se identifican condiciones que sugieran maniobras abortivas previas, con o sin complicaciones, el personal de salud debe registrarlo en el expediente clínico y proceder al manejo correspondiente, garantizando la confidencialidad y el buen trato a la persona usuaria, en apego al secreto profesional mencionado anteriormente.
- Cuando en la atención se identifiquen factores psicosociales tales como violencia y antecedentes de problemas de salud mental, la persona usuaria deberá ser referida a los servicios correspondientes. Todas las acciones y procedimientos que se realicen deberán quedar asentados en el expediente clínico, independientemente de las áreas involucradas en la atención.
- Confirmar las semanas de gestación, que se calcularán a partir de la fecha de inicio de la última menstruación (FUM). En los casos en los que la usuaria señale la FUM, confirmar que haya tenido ciclos regulares previos (sin uso de anticoncepción hormonal al momento del embarazo, o amenorrea secundaria por lactancia) y deberá complementarse mediante exploración física bimanual para evaluar el tamaño uterino.

- Si se cuenta con la infraestructura necesaria, es de utilidad contar con otros recursos de apoyo diagnóstico⁵⁸ tales como, estudio ultrasonográfico⁵⁹ o la cuantificación de fracción beta de hormona gonadotropina coriónica humana sérica cuantitativa. Cuando la infraestructura no esté disponible, la OMS ha recomendado no imponer prerequisites para proveer o retrasar la prestación de este servicio (1).
- Solicitar el hemotipo de la usuaria, cuando sea posible y no genere dilación en la atención resolutive. La evidencia científica actual señala que no se requiere la determinación del estado Rhesus (RhD) antes de un aborto temprano con medicamentos; incluso la guía National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomienda solicitarlo solo para “considerar” determinar el estado de RhD para el aborto quirúrgico después de las 10 semanas, y para el aborto espontáneo establece que no se requiere anti-D para el tratamiento médico del aborto diferido hasta las 13 semanas completas (77,78). Por su parte, la OMS (1) no recomienda administrar inmunoglobulina anti-D en casos de aborto farmacológico o mediante aspiración antes de las 12 semanas y que, cuando esté medicamente justificado, se indique a partir de las 12.1 semanas.
- Realizar el diagnóstico y tratamiento oportuno de identificación de infecciones de transmisión sexual para su tratamiento y seguimiento. La realización de estudios de laboratorio sólo está indicada en caso de identificar factores de riesgo en el interrogatorio (77–79). Se recomienda la profilaxis⁶⁰ antibiótica previa o post procedimiento de aspiración endouterina (1).

⁵⁸ Por ejemplo, cuando exista duda sobre la localización del embarazo, la variante clínica de pérdida gestacional o cuando la FUM no concuerde con el tamaño uterino, sin que esto genere retrasos en la atención.

⁵⁹ En caso de requerir un ultrasonido, éste deberá individualizarse y realizarse bajo la precaución de no emitir comentarios inapropiados a la usuaria con relación al diagnóstico y a la constatación de los hallazgos; tampoco es apropiado realizar señalamientos explícitos sobre la frecuencia cardíaca fetal, a menos de que la mujer solicite lo contrario. La evaluación de la edad gestacional basada en la medición de la longitud cráneo-rabadilla (CRL) tiene una precisión de ± 5 a 7 días (hasta las 13.6 semanas de gestación inclusive); después de este periodo la medición más precisa es la del fémur y diámetro biparietal, la variación en la precisión es mayor que en el primer trimestre y sigue aumentando conforme la gestación es mayor. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/05/methods-for-estimating-the-due-date>

⁶⁰ Profilaxis antibiótica antes de la aspiración: 200 mg de doxiciclina por vía oral, una hora antes del procedimiento; o 500 mg de azitromicina por vía oral, una hora antes del procedimiento; o 500mg de metronidazol por vía oral, antes del procedimiento.

- Identificar condiciones especiales que puedan incrementar el riesgo de embarazo ectópico, tales como la presencia de Dispositivo Intrauterino (DIU) in situ (que debe retirarse previo al tratamiento), antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, de dolor pélvico crónico, de cirugía abdomino-pélvica (particularmente de cirugía tubaria), de embarazo ectópico anterior; o para las que se puede requerir un manejo no ambulatorio tales como comorbilidades graves, descontroladas o inestables (trastornos hemorrágicos, cardiopatía, anemia grave, entre otros).
- Descartar contraindicaciones absolutas para el manejo farmacológico, tales como: sospecha o diagnóstico de embarazo ectópico, trastorno hemorrágico (porfiria hereditaria) o tratamiento anticoagulante concomitante; insuficiencia suprarrenal crónica; alergia a la mifepristona, al misoprostol o a otras prostaglandinas, anemia grave, cardiopatía. Considerar contraindicaciones relativas como asma grave no controlada o uso prolongado de corticosteroides concomitante (80). Si se detectan problemas de salud que podrían causar complicaciones o agravarlas (como enfermedades concomitantes o anomalías uterinas), debe derivarse a la persona a un establecimiento de salud adecuado de un nivel asistencial superior, según proceda.
- Preservar y resguardar en los casos de urgencia médica atendidos, de conformidad con lo establecido en la NOM 046, los tejidos expulsados que puedan vincularse con procesos de acceso a la justicia.
- Determinar la necesidad de referencia a otros servicios posterior al evento obstétrico de acuerdo a los requerimientos de cada usuaria, servicios especializados de violencia, de salud mental, nutrición, estomatología, de promoción y prevención como los de detección oportuna de cáncer de cuello uterino, servicios amigables para adolescentes, APEO.
- Explicar a la usuaria (a partir del diagnóstico establecido y de sus condiciones generales de salud) de forma completa, clara y veraz:
 - Las alternativas de tratamiento **(ver Tabla 1)**.
 - Los efectos esperados, efectos adversos y datos de alarma de cada uno de ellos **(ver Tabla 4a y 4b)**.

- Las opciones para el manejo del dolor (**ver Anexo 2**).
 - Las alternativas de anticoncepción post aborto (**ver Tabla 9**) y de seguimiento, cuando proceda.
- El manejo se orientará en función de las semanas de gestación, la evaluación clínica y la elección informada de la persona usuaria, una vez descartados todos los diagnósticos diferenciales, entre ellos el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional, contraindicaciones y lo que proceda (77-80).
 - Obtener el consentimiento informado de la persona usuaria y formalizarlo mediante su firma para la realización del procedimiento y la provisión del método anticonceptivo elegido, conforme a los formatos institucionales aplicables. En contextos de atención a distancia, el consentimiento informado deberá recabarse y documentarse por medios digitales, garantizando la identificación de la persona usuaria, la trazabilidad del proceso y su adecuada integración en el expediente clínico. En el caso de víctimas de violencia sexual, deberán requisitarse los formatos establecidos en la NOM-046-SSA2-2005, así como la carta bajo protesta de decir verdad; cuando no se cuente con formato impreso, la solicitud podrá realizarse por escrito de puño y letra de la usuaria. Para niñas menores de 12 años que soliciten la interrupción del embarazo por esta causa, el consentimiento informado deberá ser otorgado por la madre, padre o persona tutora. Ante la ausencia de estas figuras, se solicitará la intervención de la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes o de la instancia de procuración de justicia competente. En caso de no contar con personas legalmente facultadas para otorgar el consentimiento, las y los médicos autorizados del hospital, previa valoración del caso y con el acuerdo de al menos dos de ellos, podrán proceder con la intervención terapéutica correspondiente, dejando constancia por escrito en el expediente clínico⁶¹.

⁶¹ Artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica. Consulta: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf

Tabla 1. Alternativas de tratamiento para el aborto en el primer trimestre

Régimen farmacológico combinado (mifepristona/misoprostol)	Régimen farmacológico con misoprostol solo	Aspiración endouterina
- Mayor efectividad que el esquema con misoprostol solo. - No requiere profilaxis antibiótica. - Se puede llevar a cabo de manera ambulatoria (autogestionado en su totalidad en algunas partes del proceso) hasta las 12 semanas completas (12 semanas 6 días). Orientando a la usuaria con información veraz, completa que incluya datos sobre signos de alarma y qué hacer si se presentan; así como acceso a servicios de salud, si fuera necesario. - Con posibilidad de seguimiento por un prestador/a de servicios en cualquier momento del proceso, se puede realizar de forma ambulatoria (tomando la mifepristona preferentemente en la unidad de salud y el misoprostol en su domicilio) hasta las 12 semanas de edad gestacional. - El manejo del dolor también es ambulatorio. - Menor riesgo de falla terapéutica (con respecto a misoprostol solo y a menor edad gestacional). - Privacidad y comodidad para la usuaria por la posibilidad de tomar los fármacos en el momento y sitio que ella decida. - Menor dolor con respecto a misoprostol solo. - Resolución del aborto en días. - Contraindicado en presencia de inestabilidad hemodinámica y/o sepsis. - Contraindicado si la persona usuaria cuenta con antecedentes de reacción alérgica a mifepristona o misoprostol, sospecha o confirmación de embarazo ectópico, porfiria hereditaria y/o insuficiencia suprarrenal crónica.	- No requiere profilaxis antibiótica - Se puede llevar a cabo de manera ambulatoria (autogestionado en su totalidad o en algunas partes del proceso) hasta las 12 semanas de gestación, orientando a la usuaria sobre los datos de alarma y qué hacer si se presentan. - Con posibilidad de seguimiento por un prestador de servicios en cualquier momento del proceso si la persona gestante así lo decide, se puede realizar de forma ambulatoria (tomando el misoprostol en su domicilio, si la persona usuaria así lo decide) hasta las 12 semanas de gestación. - El manejo del dolor también es ambulatorio. - Riesgo de falla terapéutica bajo a menor edad gestacional. - Privacidad y comodidad para la usuaria por la posibilidad de tomar los fármacos en el momento y sitio que ella decida. - Mayor dolor y sangrado, con respecto al régimen combinado. - Mayor tiempo para la resolución del aborto que con régimen combinado. - Contraindicado en presencia de inestabilidad hemodinámica y/o sepsis. - Contraindicado si la persona usuaria cuenta con antecedentes de reacción alérgica a misoprostol y/o sospecha o confirmación de embarazo ectópico.	- Requiere profilaxis antibiótica, sin que sea una limitante para ello. Se puede llevar a cabo de forma ambulatoria. - Para el manejo del dolor requiere de bloqueo paracervical, además de analgésicos. - Permite la inspección visual del tejido ovular, por lo que disminuye el riesgo de no advertir embarazo ectópico (exceptuando el caso sumamente infrecuente de embarazo heterotópico). - Menor cantidad de sangrado. - Resolución del aborto inmediata tras el término del procedimiento (minutos). - De primera elección ante inestabilidad hemodinámica y/o sepsis.

El manejo expectante para el aborto espontáneo implica:

- Evitar procedimientos quirúrgicos y anestésicos.
- Mayor riesgo de requerir intervención farmacológica o quirúrgica.
- El tiempo para la resolución del aborto es impredecible y mayor con respecto al manejo farmacológico y con aspiración.
- Ante la sospecha de infección, se realizará una exploración física. En caso de confirmarse, se indicará tratamiento antibiótico, se procederá a la evacuación uterina y, de ser necesario, se valorará la hospitalización.

Estos procedimientos pueden ser llevados a cabo por personal de salud con el entrenamiento y la capacidad técnica necesaria en apego a las recomendaciones de la OMS y al artículo 102 y 103 de la Ley General de Salud.

Fuente: Elaboración propia a partir de WHO, 2024; Ipas, 2023; CNEGSSR, 2026.

La confirmación del éxito del tratamiento de aborto seguro es esencialmente clínica:

- a) Con manejo farmacológico se espera presencia de dolor y sangrado transvaginal mayores a una menstruación, **expulsión del contenido uterino** (posterior al misoprostol) y desaparición de los signos y síntomas de embarazo, con disminución progresiva del dolor y del sangrado (que puede continuar en poca cantidad hasta la siguiente menstruación). La ausencia de sangrado, o un sangrado mínimo, pueden indicar continuidad del embarazo o la presencia de embarazo ectópico.
- b) Con aspiración endouterina se espera presencia de tejido de aspecto trofoblástico, acorde a las semanas de gestación, sangrado en poca cantidad que disminuye progresivamente. Su ausencia sugiere la presencia de un embarazo ectópico. El desarrollo de fiebre, dolor persistente y aumento de sangrado transvaginal así como fetidez, obligan a descartar complicaciones infecciosas o perforación inadvertida.

El seguimiento se puede realizar de manera presencial o a distancia, por lo que se podrán realizar consultas posteriores sin que esto represente una limitante o condicionante en la prestación del servicio de acuerdo con lo sugerido por organismos colegiados expertos (1, 21,81, 82). **Se recomienda que las usuarias cuenten con toda la información relacionada con síntomas persistentes de embarazo y otros motivos por los que buscar atención médica, tales como sangrado intenso prolongado, ausencia de éste, persistencia o incremento del dolor, sobre todo si se localiza en un lado del vientre bajo, fiebre mayor a 38°C, náusea, vómito y/o diarrea que persiste después de tomar la última dosis del medicamento, mareo intenso o desmayo; reacción alérgica al medicamento en forma de ronchas o sarpullido.**

- De así requerirse, el seguimiento puede proponerse entre 7 y 14 días posteriores al procedimiento para dar continuidad a las acciones comenzadas en la consulta inicial, tales como referencia a otros servicios, manejo de infecciones de transmisión sexual, asesoría

adicional, provisión del anticonceptivo elegido⁶², entre otras. En la consulta (particularmente cuando el manejo se haya dado con misoprostol solo), deberá evaluarse clínicamente la recuperación de la usuaria y el éxito del tratamiento, descartando la presencia de complicaciones. **En caso de duda, se justificaría la realización de paraclínicos. La determinación serológica de hormona gonadotropina coriónica humana es útil y permite reducir intervenciones innecesarias en comparación al ultrasonido; es conveniente cuando se cuenta con la medición previa al tratamiento** para poder realizar una comparación y permite reducir intervenciones innecesarias en comparación al ultrasonido para confirmar un aborto completo. Tomar en cuenta que los resultados de las pruebas de embarazo de alta sensibilidad poder ser positivas hasta 5 semanas después de un aborto médico efectivo (83).

A continuación, se muestran algunas imágenes de referencia para comparar las diferentes etapas de un aborto:

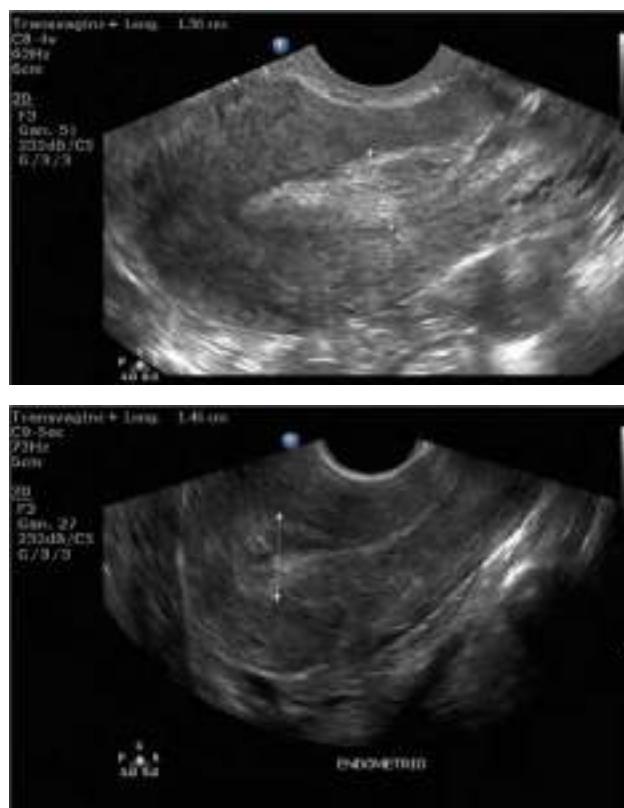


Imagen 1a y 1b.

Aspecto endometrial heterogéneo por ultrasonido después de un aborto completo con medicamentos en el 1er trimestre:

Fuente: CNEGSSR, 2021.

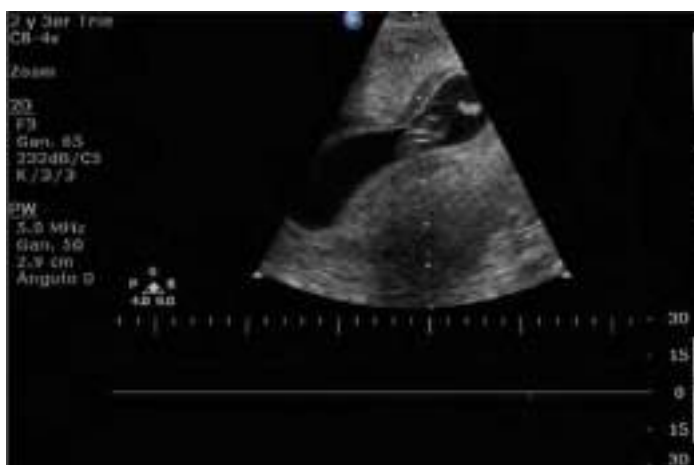
⁶² Durante la consejería y provisión del método anticonceptivo, siempre que sea factible, debe privilegiarse la anticoncepción inmediata post aborto, de preferencia de larga duración, siendo ésta la mejor opción costo-efectiva.

Imagen 2.
Saco gestacional en proceso
de expulsión en aborto con
medicamentos en el 1er trimestre:



Fuente: CNEGSSR, 2021.

Imagen 3.
Aspecto de ausencia de actividad
embriocárdica en aborto con
medicamentos en 1er trimestre:



Fuente: CNEGSSR, 2021.

Imagen 4.
Saco gestacional persistente
por ultrasonido después
de un aborto con medicamentos
en el 1er trimestre:



Fuente: CNEGSSR, 2021.

■ Telemedicina (84)

En las recomendaciones de la OMS de 2023 y 2024, se reconoce la telemedicina como una modalidad válida para la prestación de servicios de aborto seguro, ya sea de forma total o parcial. Además, se prevé esta atención como parte de la salud digital conforme a lo previsto en el Capítulo VI Bis de la Ley General de Salud de nuestro país.

En este sentido, la atención al aborto seguro mediante esta modalidad es aplicable en la evaluación, la orientación y elegibilidad del procedimiento, la administración de medicamentos y el seguimiento posterior al aborto, que puede desarrollarse a distancia cuando no se requiere valoración presencial; iniciar de manera remota y complementarse con atención presencial; o bien, comenzar de forma presencial y continuar mediante seguimiento a distancia.

Para efectos de este Lineamiento, la telemedicina se entiende como la comunicación a distancia entre el personal de salud y la persona usuaria mediante tecnologías de la información y comunicación con enfoque centrado en la persona, con apego a los derechos humanos, confidencialidad y privacidad. Es una estrategia que se debe priorizar cuando existan barreras de acceso, como limitaciones geográficas, económicas o de movilidad, siempre que no se comprometa la seguridad clínica. La atención clínica mediante telemedicina implica la obtención y análisis de información personal y clínica para determinar las semanas de gestación, identificar factores de riesgo o signos de alarma y evaluar la condición de salud integral de la persona.

A partir de la determinación de estas situaciones, podrá establecerse el abordaje clínico que puede realizarse (al respecto se sugiere ver el apartado de manejo clínico de este Lineamiento). Cuando se identifiquen condiciones que incrementen el riesgo o requieran manejo presencial, el personal de salud deberá indicar la valoración presencial o la referencia a una unidad con mayor capacidad resolutive.

Toda atención deberá registrarse en el expediente clínico conforme a la normativa aplicable, y la persona usuaria deberá otorgar su consentimiento informado específico para la atención a distancia, el cual podrá recabarse por medios digitales e integrarse al expediente.

La atención mediante telemedicina podrá realizarse principalmente en embarazos de hasta 12 semanas de gestación, en personas sin factores de riesgo identificados. En caso de duda diagnóstica, semanas de gestación incierta, sospecha de embarazo ectópico u otras condiciones clínicas relevantes, se deberá indicar valoración presencial.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), precisa que la telemedicina es un método seguro y privado para acceder a un aborto en las primeras etapas del embarazo sin tener que acudir a una clínica, ya que ayuda a reducir la exposición al estigma y aumenta el acceso a los servicios de aborto para las mujeres y niñas que viven en comunidades remotas (84).

■ Aborto Autogestionado

La OMS reconoce la autogestión (incluyendo la automedicación, autoadministración y autotratamiento) como una estrategia eficaz en el contexto del aborto con medicamentos. **Señala que este puede llevarse a cabo durante las primeras 12 semanas completas de gestación** sin supervisión directa del personal de salud, siempre que la mujer o persona con posibilidad de gestar cuente con información clara, segura, tenga acceso oportuno a servicios de salud en cualquier momento del proceso y no presente alguna comorbilidad previa (1, 22).

La evidencia acumulada en América Latina muestra que la inclusión del aborto con medicamentos ha contribuido de manera significativa a reducir la mortalidad y la morbilidad materna asociadas a prácticas inseguras, al constituir una alternativa menos invasiva, más accesible y con menor riesgo en comparación con procedimientos como el LUI⁶³.

En este marco, el aborto autogestionado se define como el proceso mediante el cual la persona obtiene los medicamentos necesarios, los administra por cuenta propia y transita el evento fuera de un entorno clínico (85).

Este enfoque se sustenta en la evidencia sobre la agencia de las personas para utilizar de forma segura los esquemas con mifepristona y misoprostol

o solo misoprostol, **particularmente cuando cuentan con información clara, acompañamiento opcional y rutas de referencia a servicios de salud**⁶⁴.

Es así que se ha documentado que el aborto autogestionado con medicamentos presenta tasas de efectividad cercanas al 97%, con bajas tasas de complicaciones comparables a las de entornos clínicos⁶⁵.

No obstante, la autogestión no sustituye la atención médica. En todos los casos deberá garantizarse el acceso oportuno, confidencial y de calidad a servicios de salud para orientación, manejo de posibles complicaciones y atención postaborto.

^{63, 64} Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia / Alejandra López Gomez... [et al.]. 2015.; compilado por Silvina Ramos. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES; Mexico, DF: Population Council

⁶⁵ Laura E. Jacobson Caitlin Gerdtz "Self-Managed Medication Abortion: History, Evidence, Models of Care, and Policy Considerations", American Journal of Public Health 115, no. 10 (October 1, 2025): pp. 1734-1741. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2025.308133>

Seguridad de la atención ambulatoria al aborto seguro

Los procedimientos ambulatorios de aborto seguro son un pilar fundamental para reducir riesgos y proteger la salud. La OMS reconoce que los métodos farmacológicos y quirúrgicos ambulatorios para un aborto seguro realizados bajo protocolos actualizados y por personal capacitado, presentan altas tasas de eficacia y muy bajas tasas de complicaciones.

El siguiente esquema se muestra datos contundentes sobre el porcentaje de efectividad y complicaciones:

Efectividad

Misoprostol Solo

Tiene una eficacia del 84-93%, una tasa de continuación del embarazo del 3-10%. Se administran 800µg por vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión, sin que exista un número máximo de dosis, pues éstas serán determinadas por el juicio clínico del personal de salud. Se puede administrar dosis adicionales de misoprostol si no han ocurrido sangrado, cólicos ni expulsión del producto del embarazo, y han pasado, como mínimo, 3 horas desde la dosis anterior de misoprostol.

Régimen Combinado Misoprostol-Mifepristona

Es el método farmacológico más eficaz y seguro, con tasas de expulsión del 95-98% y tasas de continuación del embarazo de menos del 2% hasta las 13 semanas. Se puede repetir la dosis de misoprostol para lograr aborto completo. Después de las primeras 9 semanas de gestación, el uso rutinario de por lo menos dos dosis de misoprostol, administradas entre 3 y 4 horas aparte, mejora las tasas de aborto completo.

Evacuación Uterina Ambulatoria con AMEU

De forma ambulatoria: incluyendo el primer nivel de atención, se recomienda administrar antibiótico profiláctico, maduración cervical y analgesia previo al procedimiento y anestesia paracervical. Realizada por personal de salud capacitado alcanza tasas de eficacia de más del 98%.

Complicaciones

Las tasas de complicaciones son del **1-4%** hasta las 13 semanas de gestación.

Las tasas de complicaciones son menores al **1%** hasta las 10 semanas de gestación y del **3%** hasta las 12 semanas.

Las tasas de complicaciones graves son de **<1%**

**Abordaje
Clínico**

Fuente: Elaboración propia a partir de WHO, 2024; Ipas, 2023; CNEGSSR, 2026.

Las complicaciones asociadas con estos procedimientos son infrecuentes, y habitualmente leves. Entre las posibles complicaciones están: hemorragia moderada, retención de restos, infección y síntomas gastrointestinales. Las complicaciones graves ocurren en menos del 1% de los casos. Es indispensable el establecimiento de protocolos de referencia y contrarreferencia para identificar y manejar oportunamente cualquier eventualidad.

Abordaje con medicamentos. La seguridad y eficacia del manejo con fármacos ha contribuido a la delegación y reparto de tareas entre distintos perfiles de profesionales de la salud y a un uso más eficiente de los recursos humanos (87).

Este abordaje permite que sea un tratamiento que puede realizarse en el ámbito de la atención primaria ambulatoria, particularmente en etapas iniciales de la gestación, debido a que representa una opción no invasiva, aceptable, muy segura y costo-beneficiosa (1,21).

La evidencia científica ha demostrado que los medicamentos para el aborto se pueden autoadministrar de manera segura y eficaz fuera de una unidad de salud (por ejemplo, en casa) hasta antes de las 12 semanas completas de gestación cuando las personas disponen de información veraz, medicamentos de calidad garantizada y acceso a servicios de salud, si fuese necesario. Además, la prestación de servicios sin supervisión médica o con una supervisión médica mínima y/o acompañamiento de una persona con conocimientos (ejemplo: redes de acompañantes) pueden mejorar significativamente el acceso, particularmente en entornos restringidos y situaciones de crisis, así como mejorar la privacidad, la conveniencia y la aceptabilidad del proceso de aborto sin comprometer la seguridad y la eficacia.

La **mifepristona**⁶⁶ y el **misoprostol** son los fármacos recomendados como estándar de oro por la OMS para el aborto con medicamentos, que además se encuentran en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud en México. La mifepristona es un antiprogestágeno que actúa mediante la inhibición de los receptores de progesterona, interrumpiendo la progresión del embarazo. Por su parte, el misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E1 que induce reblandecimiento y dilatación cervical, así como contractilidad uterina, facilitando la expulsión del contenido uterino.

⁶⁶ La Mifepristona cambia de fracción III a fracción IV, lo que implica que para su venta y suministro se requiere receta médica. Sin embargo, puede ser resurtida tantas veces como lo indique el médico que la prescriba, conforme a la fracción IV del artículo 226, Capítulo IV.

Tanto la combinación de estos fármacos (régimen combinado, opción de primera elección por su eficacia, seguridad y menores efectos adversos, principalmente sobre el dolor) como el uso correcto de misoprostol solo (que implica mayor número de dosis que en el régimen combinado), constituyen un tratamiento seguro, eficaz y aceptable que puede utilizarse en todas las etapas de la gestación (22,77-79). Las dosis y vías de administración del misoprostol se modificarán dependiendo de la semanas de gestación y del antecedente de cirugías uterinas previas, particularmente en semanas de gestación mayores (1,21,87) **(Ver Tabla 2)**.

La mifepristona se administra por vía oral. El misoprostol se puede administrar por las siguientes vías (1,21,82):



Imagen 5

Fuente: Elaboración propia.
CNEGSSR, 2021.

Administración sublingual del misoprostol. Las tabletas se colocan debajo de la lengua **se dejan diluir y 30 minutos después se deglute el remanente con un sorbo de agua**; su absorción es muy rápida, incrementando el tono uterino a los 10 minutos de su administración; su curva farmacocinética es similar a la de la vía oral, pero con niveles séricos más elevados, sus efectos colaterales son mayores que con la vía bucal y vaginal. **Esta es la vía mayormente recomendada.**



Imagen 6

Fuente: Elaboración propia.
CNEGSSR, 2021.

Administración bucal de misoprostol. Las tabletas se colocan **entre la mejilla y la encía, 2 de cada lado, se dejan diluir y se deglute el remanente**, 30 minutos después de la colocación; presenta menores niveles plasmáticos que cuando se administra por vía sublingual, su pico sérico máximo se alcanza a los 60 minutos y se han reportado niveles sanguíneos más prolongados que los obtenidos con la vía oral; su perfil farmacocinético es similar a la vía vaginal, pero tiene tasas más altas de efectos secundarios gastrointestinales que ésta. **Esta vía también se recomienda mayormente.**

a) Oral.

Las tabletas se degluten; su absorción es rápida, pero los alimentos y antiácidos disminuyen la tasa y la cantidad de su absorción gástrica; sufre metabolismo de primer paso hacia ácido misoprostólico, cuya vida media es de 20 a 40 minutos. Pasa en poca cantidad hacia la leche humana, por lo que la lactancia debe postergarse hasta 6 horas después de su administración. El tono uterino inicia su elevación 8 minutos después de la toma y alcanza su máximo nivel terapéutico alrededor de 26 minutos posteriores a su ingesta. En régimen de misoprostol solo, se asocia a tasas mayores de intervención quirúrgica con el régimen combinado. **Es la vía menos recomendada.**

b) Vaginal.

Se debe evitar ante la presencia de sangrado o datos de infección; las tabletas se introducen en el fondo de saco vaginal y se indica a la usuaria que permanezca acostada por 30 minutos; tiene una biodisponibilidad farmacológica tres veces mayor a la obtenida con la vía oral; su concentración máxima se obtiene entre 160 y 120 minutos después de su administración y la concentración mínima se observa hacia las 6 horas después de su aplicación. El tono uterino se incrementa hacia los 21 minutos y el mayor efecto terapéutico alrededor de los 46 minutos posteriores a su administración. **Es la vía menos elegible en contextos legales restrictivos, pues a nivel vaginal quedan remanentes de las pastillas.**

Tabla 2. Manejo con medicamentos en cualquier momento de la gestación

Recomendación	Régimen combinado El régimen combinado de mifepristona-misoprostol es más eficaz que el misoprostol solo.	
	Mifepriestona	Misoprostol (En todos los casos administrar 24 hrs después de la mifepristona)
Aborto Inducido ¹ <12 Semanas de gestación (Régimen recomendado)	200 mg por vía oral. Dosis única	800 µg por vía sublingual o vaginal. Después de la semana 9, se debe usar al menos dos dosis de misoprostol, c/ 3hrs
Aborto Inducido ^{1,3} ≥12 Semanas de gestación	200 mg por vía oral. Dosis única	400 µg por vía bucal, sublingual o vaginal c/ 3hrs hasta la expulsión del feto y placenta
Aborto Inducido ^{1,2,5} 25-27 Semanas de gestación	200 mg por vía oral. Dosis única	200 µg c/ 4hrs por vía bucal, sublingual o vaginal hasta la expulsión del feto y placenta
Aborto Inducido ^{1,2,5} ≥28 Semanas de gestación	200 mg por vía oral. Dosis única	50-100 µg c/ 4hrs por vía vaginal, o 50-100 µg por vía oral c/ 2hrs
Aborto Incompleto <14 Semanas de tamaño uterino	N/A	N/A
Aborto Incompleto ≥14 Semanas de tamaño uterino	N/A	N/A
Aborto Retenido <14 Semanas de tamaño uterino	200 mg por vía oral. Dosis única	800 µg por vía bucal, sublingual o en ausencia de sangrado vaginal vía vaginal c/3hrs hasta la expulsión del feto (por lo general 1 a 3 dosis)
Muerte fetal intrauterina ⁴ de >14 a <24 semanas de gestación	200 mg por vía oral. Dosis única	400 µg por vía bucal, sublingual o en ausencia de sangrado vaginal vía vaginal c/ 4 a 6 hrs hasta la expulsión.
Muerte fetal intrauterina ⁴ 25-27 Semanas de gestación	200 mg por vía oral. Dosis única	200 µg c/ 4hrs por vía bucal, sublingual o vaginal hasta la expulsión
Muerte fetal intrauterina ^{2,4} >28 Semanas de gestación	200 mg por vía oral. Dosis única	25-50 µg c/ 4hrs por vía vaginal o 25-50 µg c/ 2hrs por vía oral

Misoprostol solo

800 µg por cualquier vía de administración (bucal sublingual o vaginal) Después de la semana 9, se debe usar al menos dos dosis de misoprostol, c/ 3hrs

400 µg por vía bucal sublingual o vaginal c/ 3hrs hasta la expulsión del feto y placenta

200 µg por vía bucal sublingual o vaginal c/ 4hrs hasta la expulsión

25-50 µg cada 4 horas por vía vaginal, o 50-100 µg por vía oral c/ 2hrs

600 µg por vía oral, dosis única o 400 µg vía bucal, sublingual o en ausencia de sangrado vaginal, vía vaginal, dosis única

400 µg por vía bucal, sublingual o en ausencia de sangrado vaginal vía vaginal c/3hrs hasta la expulsión del feto y demás contenido uterino.

800 µg por vía bucal o sublingual. En la ausencia de sangrado vaginal, por vía vaginal c/ 3hrs hasta la expulsión del feto (por lo general de 1 a 3 dosis)

400 µg de misoprostol por vía bucal, sublingual (preferentemente) o en la ausencia de sangrado vaginal por vía vaginal c/ 4 a 6hrs hasta la expulsión.

200 µg por vía bucal, sublingual o vaginal c/ 4hrs hasta la expulsión

25-50 µg c/ 4hrs por vía vaginal o 25-50 µg c/ 2hrs por vía oral

1. Se puede considerar la administración de dosis repetidas de misoprostol (o repetirlas en el intervalo indicado cuando sea necesario para lograr el éxito del aborto). Las directrices de la OMS no indican un número máximo de dosis de misoprostol.
2. Se debe reducir la dosis de misoprostol en caso de aborto inducido después de las 24 semanas y en caso de muerte fetal intrauterina después de las 28 semanas. Se debe utilizar el criterio clínico para determinar la dosis adecuada, considerando la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas.
3. El intervalo promedio hasta la finalización del aborto es de 10 a 15 horas después de iniciar el misoprostol, aunque algunas personas necesitan varios días para lograr aborto completo.
4. En presencia de cicatriz uterina: en menos de 22 a 24 semanas de gestación con una cicatriz uterina, no se necesita ningún cambio a los regímenes recomendados. En más de 22 a 24 semanas de gestación con una cicatriz uterina o de 13 a 24 semanas con más de una cicatriz uterina, considerar disminuir la dosis de misoprostol con o sin incrementar el intervalo entre dosis de misoprostol. No existe suficiente evidencia para indicar que estas intervenciones disminuirán el riesgo de ruptura uterina. La rotura uterina es una complicación poco frecuente; en caso de edad gestacional avanzada, se debe considerar el criterio clínico y la preparación del sistema de salud para el manejo de emergencias de la rotura uterina.
5. Se debe considerar la Inducción de Asistolia Fetal (IAF) para el aborto inducido tras la viabilidad fetal.

Recordar:

- El aborto se puede autogestionar de manera segura hasta las 12 semanas completas (12 semanas 6 días) con información completa, medicamentos de calidad y acceso a servicios de salud de ser necesario. La autogestión puede realizarse en uno de los componentes del proceso o en su totalidad, en el domicilio o el lugar que escoja la persona gestante.
- Luego de la administración de medicamentos para el aborto, no se requiere ni se recomienda la aspiración endouterina de rutina
- Los esquemas deberán individualizarse según edad gestacional, condiciones clínicas y disponibilidad de recurso.
- La vía vaginal es la más eficaz que otras vías. Se debe considerar la preferencia de la persona gestante.

Fuente: Adaptado de WHO 2023; FIGO 2023, Ipas 2023.

Abordaje por aspiración. La aspiración por vacío es la técnica más segura, eficaz y recomendada para la evacuación uterina en el primer trimestre de gestación e incluso hasta la semana 14. Se puede llevar a cabo de forma ambulatoria en unidades de primer nivel de atención, lo que implica un costo menor para el sistema de salud así como para las propias usuarias en comparación con el manejo intrahospitalario (21,88). Involucra la evacuación del contenido uterino a través de una cánula, generalmente de material plástico, unida a una fuente de vacío (manual o eléctrica), lo que permite la inspección visual del tejido ovular.

Con la aspiración manual endouterina (AMEU), el vacío se crea utilizando un aspirador plástico o jeringa de 60cc sostenido y es activado con la mano; se utilizan cánulas plásticas de distintos tamaños, que oscilan de 4 a 12 mm de diámetro, para las diferentes semanas gestación (ver Imagen 7). Las cánulas son desechables, sin embargo, pueden ser reutilizadas como los aspiradores, una vez que se les procesa mediante limpieza y esterilización o mediante desinfección de alto nivel. También puede utilizarse la aspiración eléctrica endouterina (AEEU) que utiliza una bomba de vacío eléctrica.



Imagen 7.

Equipo de aspiración manual endouterina.

Fuente. Elaboración propia CNEGSSR, 2026.

Abordaje por Dilatación y Evacuación (DyE).

Es considerada por la OMS como la técnica quirúrgica más segura para abortos a partir de las 13 semanas o más de gestación siempre que se disponga de personal de salud capacitado con el adiestramiento pertinente, la cual requiere de la preparación del cuello uterino utilizando dilatadores cervicales y/o agentes farmacológicos; la evacuación del útero principalmente se realiza con pinzas especializadas y la aspiración por vacío para extraer cualquier resto de sangre o tejido⁶⁷.

Debido a que requiere mayor dilatación y manipulación cervical y uterina, más tiempo para llevar a cabo el procedimiento y puede ser más dolorosa que la aspiración endouterina en el primer trimestre, se recomienda realizarla en un ambiente clínico supervisado. Con esta alternativa de manejo, la elección de medicamentos y el control del dolor, dependerá de las preferencias de la usuaria, del nivel de capacitación del personal de salud y de los insumos y equipamiento de monitoreo disponibles en la unidad que brinde la atención (Ver Tabla 3) (89).

El legrado uterino instrumental (LUI) se considera actualmente obsoleto. No debe ser utilizado en ningún momento del procedimiento para “completar” el aborto después de la aspiración endouterina. Esta práctica conlleva mayores costos para el sistema de salud, debido a la necesidad de un ambiente quirúrgico y manejo anestésico especializado, además de un riesgo elevado de complicaciones, como laceraciones cervicales, perforación uterina, desarrollo de sinequias uterinas (síndrome de Asherman) y efectos adversos relacionados con la anestesia. La OMS desaconseja su uso, incluso para confirmar el éxito de una aspiración. Por estas razones, su empleo no se justifica en el manejo actual del aborto seguro (1).

⁶⁷ Se sugiere consultar Edelman, A. y Kapp, N. Guía de referencia sobre dilatación y evacuación: aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación ('segundo trimestre'). 2018:1-78.

Tabla 3. Alternativas de tratamiento para la Dilatación y Evacuación

Dilatación y Evacuación (DyE)

- Procedimiento rápido y completado en un tiempo predecible
- Se lleva a cabo en una unidad médica
- El aborto exitoso se verifica fácilmente mediante la evaluación del contenido uterino
- Requiere preparación cervical antes del procedimiento
- Pequeño riesgo de lesión uterina o cervical
- Requiere instrumentación del útero
- Puede realizarse bajo sedación
- No se conocen contraindicaciones absolutas

De las **13-19¹** semanas, se sugiere la preparación cervical para realizar la Dilatación y Evacuación (DyE)

- Medicación sola (se prefiere una combinación de Mifepristona más misoprostol)
O
- Dilatadores osmóticos² más medicación (mifepristona, misoprostol o una combinación de ambos)

≥19 semanas: se recomienda la preparación cervical

- Dilatadores osmóticos² más medicación (mifepristona, misoprostol o una combinación de ambos)

Regímenes médicos sugeridos:

- Mifepristona 200mg por vía oral 24-48hr antes del procedimiento.
- Misoprostol³ 400 µg por vía sublingual de 1 a 2hr antes del procedimiento.
- Misoprostol 400 µg por vía vaginal o bucal 2 a 3 hr antes del procedimiento.
- La preparación cervical se puede lograr utilizando métodos mecánicos (dilatadores osmóticos naturales o sintéticos) o agentes farmacológicos (es decir, mifepristona y/o misoprostol).
- La preparación cervical es especialmente beneficiosa para personas con las siguientes afecciones: para disminuir el riesgo de lesión cervical o perforación uterina (que puede causar hemorragia) y el riesgo de aborto incompleto, anomalías cervicales, cirugía previa en el cuello uterino, edad adolescente, embarazo avanzado.
- El uso de medicamentos para la preparación cervical antes del aborto quirúrgico puede ser autogestionado y puede ahorrarle tiempo de viaje a la mujer y evitar el uso de personal para la inserción de dilatadores osmóticos.
- Se debe administrar una medicación analgésica adecuada junto con la preparación cervical.
- Si durante la preparación cervical se manifiesta sangrado vaginal abundante, debe realizarse el procedimiento de evacuación sin demora.

1 La evidencia sobre la preparación cervical entre las 13 y 19 semanas de gestación es limitada y, por lo tanto, los trabajadores de la salud deben utilizar su criterio clínico para decidir cuál es el método más conveniente para la preparación cervical antes del aborto quirúrgico en este rango de semanas de gestación.

2 Cuando se utilicen dilatadores osmóticos, el tiempo entre la colocación de los dilatadores y el procedimiento no debe exceder los dos días.

3 La vía sublingual es más eficaz para la administración de misoprostol

Fuente: elaboración propia a partir de World Health Organization (2023) Clinical practice handbook for quality abortion care.

■ Manejo en el primer trimestre de gestación

Al definir la modalidad de tratamiento, se debe contar con el consentimiento informado y con un plan para el manejo del dolor. Se debe entregar por escrito las indicaciones, los signos y síntomas de alarma y las opciones de atención en caso de así requerirse. La presencia de inestabilidad hemodinámica, de infección intrauterina o de sepsis en cualquiera de las variantes clínicas de aborto, es contraindicación para el manejo expectante y farmacológico, por lo que, ante estas condiciones, la evacuación endouterina por vacío, previa estabilización y antibioticoterapia de amplio espectro cuando así proceda, será el manejo indicado.

Consideraciones específicas

En el primer trimestre se dará prioridad al manejo ambulatorio siempre que sea posible y acorde con las preferencias de la usuaria. Para el manejo con medicamentos, independientemente de que la atención se brinde de forma ambulatoria o bajo supervisión clínica, las posologías son las mismas; en el caso de que la atención se lleve a cabo con AMEU (en ausencia de complicaciones o factores de riesgo para desarrollarlas), se puede brindar en unidades de primer nivel de atención.

Aborto retenido. En condiciones normales, a partir de la 6ª semana del desarrollo, se debe identificar saco intrauterino con polo embrionario y actividad embriocárdica por ultrasonido endovaginal, por lo que el diagnóstico se confirma con ultrasonografía por la ausencia de latidos cardíacos fetales, o bien por la presencia de saco vitelino sin embrión (90). Implica que ha pasado tiempo entre la muerte intrauterina y el momento del diagnóstico. Clínicamente puede presentarse o no sangrado transvaginal, tamaño uterino significativamente menor al esperado, sin modificaciones cervicales. El manejo puede ser:

- **Expectante.** Si bien se ha documentado que la mayoría de los abortos diferidos se pueden resolver de forma espontánea, con la expulsión completa de todo el tejido gestacional en un promedio de 6 semanas, y que esta posibilidad permite a las personas usuarias evitar procedimientos quirúrgicos y anestésicos, los riesgos y efectos secundarios del manejo expectante incluyen una duración impredecible de tiempo hasta la resolución de la pérdida gestacional, inquietudes

con respecto al dolor y el sangrado y la posible necesidad de una evacuación complementaria posterior (90). En el asesoramiento se debe mencionar el dolor cólico, el sangrado y el manejo del dolor, incluido un plan de contacto y seguimiento para cualquier sospecha de complicaciones, como sangrado excesivo, infección o expulsión incompleta. El seguimiento clínico debe adaptarse a las necesidades de la usuaria y puede ser entre una y dos semanas para permitir la oportunidad de la expulsión completa del tejido gestacional. La decisión sobre el modo de manejo del aborto retenido debe basarse en la condición clínica de la persona usuaria. El manejo expectante se puede ofrecer como una opción con la condición de que se informe a la persona usuaria del tiempo para la expulsión del tejido del embarazo y el mayor riesgo de vaciado incompleto del útero (1).

- **Farmacológico.** Con un tamaño uterino menor a 14 semanas, se recomienda el régimen combinado con 200mg de mifepristona vía oral, seguidos 24 a 48 horas después de 800µg de misoprostol (bucal, vaginal o sublingual). Si no se cuenta con mifepristona, se indican 800µg de misoprostol por vía bucal, sublingual, o en ausencia de sangrado vaginal, por vía vaginal cada 3 horas hasta la expulsión del feto (por lo general de 1 a 3 dosis). El manejo analgésico se dará previo al misoprostol (ver Anexo 2).
- **Aspiración.** Se recomienda administrar antibiótico profiláctico, maduración cervical y analgesia previos al procedimiento (ver Anexo 3).

Aborto incompleto y Aborto inevitable. Definido clínicamente por la presencia de dolor abdominal, sangrado transvaginal y permeabilidad cervical con expulsión parcial del contenido uterino, en función del cuadro clínico, su manejo puede ser:

- **Expectante.** Esta opción de tratamiento se considerará de acuerdo con el estado clínico de la usuaria y sus preferencias, bajo las consideraciones ya mencionadas. Las tasas de aborto completo con esta modalidad de tratamiento varían del 52 al 85% (81).
- **Farmacológico. Con un tamaño uterino menor a 14 semanas de gestación,** el tratamiento consiste en misoprostol solo a razón de **600µg por vía oral en dosis única o 400µg por vía sublingual, bucal como dosis única o en la ausencia de sangrado vaginal, por vía vaginal.** Se puede indicar de forma ambulatoria o bajo supervisión médica, de acuerdo con la valoración clínica y preferencias de la usuaria. Las tasas de aborto completo con esta opción de manejo van del 80 al 99% (81). Considerar analgesia previa al misoprostol (ver Anexo 2).
- **Aspiración.** Se lleva a cabo de forma ambulatoria y se recomienda administrar antibiótico profiláctico y analgesia previo al procedimiento (ver Anexo 3).

Aborto inducido. Puede emplearse manejo farmacológico o con aspiración endouterina. En general, el tratamiento ambulatorio (incluyendo al autogestionado en su totalidad o en algunas partes del proceso) **con medicamentos se ofrece hasta las 12 semanas completas** y bajo supervisión clínica de profesionales de la salud si excede ese tiempo. Bajo condiciones de acompañamiento y seguridad (con acceso a un prestador de servicios en cualquier momento del proceso), podrá realizarse con medicamentos de forma ambulatoria (tomando la mifepristona y el misoprostol en su domicilio) hasta las 12 semanas de gestación (1,22).

Cabe señalar que, en menos semanas de gestación, mayor será la eficacia de todas las modalidades de tratamiento.

Las alternativas son:

- **Régimen combinado.** Es el método farmacológico más eficaz y seguro, con tasas de expulsión del 95-98% y tasas de continuación del embarazo de menos del 2% hasta las 13 semanas; las tasas de complicaciones son menores al 1% hasta las 10 semanas de gestación y del 3% hasta las 12 semanas (80). Hasta las 12 semanas se lleva a cabo con el uso secuencial de una dosis de mifepristona de 200mg por vía oral, seguido 1-2 días después de misoprostol 800µg por vía bucal, sublingual o vaginal, dosis única.
- **Después de las primeras 9 semanas de gestación, el uso rutinario de por lo menos dos dosis de misoprostol, administradas entre 3 y 4 horas aparte, mejora las tasas de aborto completo⁶⁸.** El manejo analgésico se indica previo a la toma del misoprostol (ver Anexo 2).
- **Misoprostol solo.** Este método tiene una eficacia del 84-93%, una tasa de continuación del embarazo del 3-10% y una tasa de complicaciones del 1-4% hasta las 13 semanas de gestación (80). Se administran 800µg por vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión, sin que exista un número máximo de dosis, pues éstas serán determinadas por el juicio clínico del personal de salud, la capacidad de respuesta y de atención a complicaciones (particularmente cuando exista el antecedente de cirugías uterinas) y la respuesta clínica de la usuaria al manejo. La analgesia debe instalarse previo a la toma del misoprostol (ver Anexo 2).
- **Aspiración Endouterina.** De forma ambulatoria, se recomienda administrar antibiótico profiláctico (**no es una condicionante para brindar la atención**), maduración cervical y analgesia previo al procedimiento (ver Anexo 3).

Es importante brindar a la usuaria toda la información relacionada con las características de cada modalidad de tratamiento, así como con los efectos esperados y adversos asociados a cada una de ellas, como se resume en las Tablas 4a y 4b:

⁶⁸ Ver. Actualizaciones clínicas en salud reproductiva, Ipas, 2023, páginas 98 a 103. Disponible en: <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2024/01/Actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva-CURHS23b.pdf>

Tabla 4a. Información que se debe dar a las personas usuarias: efectos esperados, adversos y datos de alarma para abordaje farmacológico en el primer trimestre

Modalidad de tratamiento	Efectos esperados	Efectos adversos	Datos de alarma
Abordaje farmacológico (La mifepristona no suele asociarse a síntomas específicos)	Sangrado transvaginal y dolor tipo cólico: Posterior al misoprostol se presentarán entre 30 min y hasta 4h después, dolor tipo cólico y sangrado transvaginal de forma paralela y progresiva hasta la expulsión de contenido uterino, momento a partir del cual dolor y sangrado disminuirán progresivamente. El dolor y el sangrado suelen ser mayores a los que se presentan en un ciclo menstrual normal y durar en poca cantidad hasta 4 a 6 semanas después.	Fiebre: Mayor a 38°C que se presenta 24 horas después de la última dosis de misoprostol Escalofrío, calambres, diarrea, náusea y vómito: Suelen autolimitarse, se recomienda incrementar la ingesta de líquidos claros y dieta astringente; se puede tomar medicación para paliarlos a las dosis recomendadas.	Sangrado: Cuando se empapen dos o más toallas sanitarias grandes por hora durante dos horas consecutivas, se debe acudir de inmediato a la unidad de salud más cercana o antes si se experimenta debilidad/mareo. Ausencia de sangrado o sangrado escaso: Si no se hubiera presentado sangrado en las primeras 4 - 6 horas posteriores a la administración del misoprostol o éste hubiera sido menor al de una menstruación, puede sugerir la presencia de un embarazo ectópico o bien embarazo en curso que amerita atención tan pronto como sea posible. Tras descartar la posibilidad de gestación extrauterina, se debe valorar la administración de dosis repetidas del misoprostol o la realización de aspiración si no se hubiera presentado sangrado o éste fuera escaso en las primeras 4-6 horas posteriores a la administración de la última dosis de misoprostol Dolor: La presencia de dolor pélvico de predominio unilateral, en ausencia de sangrado, progresivo, irradiado al hombro ipsilateral, asociado o no a datos de choque hipovolémico, son datos clínicos altamente sugestivos de embarazo ectópico. Puede sugerir también aborto incompleto. Persistencia de síntomas de embarazo: Hipersensibilidad o dolor mamario, náusea, hipersomnia. Fiebre u otros efectos adversos: Cuando se presenta 24 horas después de la última dosis de misoprostol, amerita buscar atención en la unidad de salud más cercana. Secreción o sangrado transvaginal fétida. Reacciones alérgicas: Exantemas, edema facial, bucal, dificultad para respirar.

Fuente: Elaboración propia a partir de WHO, 2023; WHO, 2024; Ipas, 2023; Kuberska K, Turner S, 2019.

Tabla 4b. Información que se debe dar a las personas usuarias: efectos esperados, adversos y datos de alarma para abordaje con Aspiración en el primer trimestre o con Dilatación y Evacuación en el segundo trimestre

Modalidad de tratamiento	Efectos esperados	Efectos adversos	Datos de alarma
Abordaje con Aspiración o con Dilatación y Evacuación	AMEU Se puede experimentar dolor con la manipulación cervical, al momento de iniciar el procedimiento, y al final de la aspiración. De manera frecuente, el dolor cólico y el sangrado transvaginal son leves al final del procedimiento.	Durante la maduración cervical con misoprostol se puede experimentar dolor cólico, sangrado transvaginal e incluso fiebre, se autolimitarán.	Sangrado y/o dolor cólico: Persistentes, progresivos o que se incrementan después de haber disminuido inicialmente. Fiebre: Que se presenta 24h después del misoprostol para preparación cervical, asociada o no a fetidez vaginal, amerita seguimiento tan pronto como se presenten. Ausencia de sangrado o sangrado escaso: Su ausencia o una cantidad menor a la esperada para la edad gestacional puede sugerir la presencia de un embarazo ectópico o bien, falla terapéutica por un procedimiento realizado de forma inadecuada.
	Dilatación y evacuación (DyE) La colocación de dilatadores osmóticos, así como las dosis de misoprostol pueden asociarse a dolor cólico y sangrado transvaginal.	Suelen presentarse con más frecuencia e intensidad los efectos descritos para el misoprostol.	Sangrado y/o dolor cólico: Persistentes, progresivos o que se incrementan después de haber concluido el procedimiento, así como fiebre, fetidez vaginal, intolerancia a la vía oral y deterioro progresivo, ameritan valoración inmediata.

Fuente: Elaboración propia a partir de WHO, 2023; WHO, 2024; Ipas, 2023; Kuberska K, Turner S, 2019.

■ Manejo en el segundo trimestre de gestación

Se recomienda que la atención en el segundo trimestre se lleve a cabo bajo supervisión de personal de salud capacitado⁶⁹, al interior de la unidad de salud, de acuerdo con las características del caso y con un adecuado manejo del dolor. En los casos de pérdida gestacional espontánea, las creencias culturales, familiares y tradiciones de la usuaria y su familia, deben ser tomadas en consideración para el manejo del duelo y para determinar la conducta a seguir y permitir que, si es deseo de la persona usuaria, ésta pueda despedirse del feto (4), tomando en cuenta las rutas de duelo perinatal que existan en la unidad médica. Se recomendará el manejo con medicamentos para que esto sea posible.

El régimen farmacológico combinado se considera el tratamiento de primera elección, aunque deben considerarse las preferencias de la persona usuaria, sus condiciones clínicas generales y la capacidad resolutive de la unidad de salud donde se brinde el servicio. Si no se cuenta con mifepristona, se puede usar misoprostol solo, bajo la premisa de que se requerirán dosis múltiples y se presentarán más efectos asociados a dichas dosis.

Cuando las condiciones de la usuaria o sus preferencias orienten el manejo hacia el abordaje con aspiración, éste se llevará a cabo considerando la necesidad de bloqueo paracervical y otros tipos de analgesia cuando así se requiera. El manejo debe ser individualizado, teniendo cautela y juicio clínico cuando exista el antecedente de cicatriz uterina (21,81). **En presencia de cicatriz uterina, en menos de 22 a 24 semanas de gestación, no se necesita ningún cambio a los regímenes recomendados. En más de 22 a 24 semanas de gestación con una cicatriz uterina o de 13 a 24 semanas con más de una cicatriz uterina, considerar disminuir la dosis de misoprostol con o sin incrementar el intervalo entre dosis de misoprostol. No existe suficiente evidencia para indicar que estas intervenciones disminuirán el riesgo de ruptura uterina (91).** El manejo del dolor durante el aborto en el segundo trimestre

⁶⁹ Consultar Tabla 12. Ampliación de roles para la atención del aborto seguro.

merita consideraciones especiales, tales como combinar métodos farmacológicos y no farmacológicos. Entre las estrategias no medicamentosas se incluyen las medidas de confort, tales como apoyo verbal y acompañamiento por personal capacitado o por una persona de elección de la usuaria, siempre que sea posible y en un ambiente empático. Contar con el apoyo del servicio de anestesiología para valorar las mejores opciones para el manejo del dolor, cuando se trate de edades gestacionales avanzadas, la sedación intravenosa y la anestesia regional, permitirá mejorar la experiencia de las usuarias. Por este motivo, las usuarias que ameritan atención en una unidad de mayor complejidad deben ser referidas de forma efectiva y oportuna, garantizando el enlace y aceptación en la unidad receptora.

Aborto retenido. A partir de las 14 semanas de gestación, se administran bajo supervisión clínica: 400µg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal cada 4 horas hasta la expulsión, con cautela y en función de la respuesta al manejo y del juicio clínico del personal sanitario. Cuando se cuente con mifepristona se administra a dosis de 200mg por vía oral, 1-2 días previos al misoprostol. El manejo analgésico deberá otorgarse previo al misoprostol y la profilaxis antimicrobiana se valorará de forma individualizada. Pasadas las 14 semanas, se recomienda dilatación y evacuación.

Aborto incompleto. A partir de las 14 semanas de gestación se administran bajo supervisión clínica: 400µg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas, hasta la expulsión, con cautela y en función de la respuesta al manejo y del juicio clínico del personal sanitario. El manejo expectante y quirúrgico mediante dilatación y evacuación también pueden ser considerados con base en las preferencias de la usuaria, su estado clínico y las condiciones para ello. El manejo analgésico y la profilaxis antimicrobiana se valorarán de forma individualizada.

Aborto inevitable (asociado a ruptura de membranas). A partir de las 13 semanas, bajo supervisión clínica se administran: 200µg de misoprostol por vía bucal o sublingual cada 6 horas hasta la expulsión. El número de dosis dependerá de la respuesta clínica de la usuaria, del juicio clínico y de la preparación de la unidad de salud para tratar complicaciones. Se puede esperar hasta 4 horas para la expulsión de la placenta antes de una dosis adicional de misoprostol⁷⁰.

Aborto inducido. Hasta antes de las 14 semanas es susceptible de manejo farmacológico y por aspiración. Pasada dichas semanas de gestación, se recomienda la dilatación y evacuación en un entorno clínico supervisado.

⁷⁰ https://societyfp.org/clinical_guidances/society-of-family-planning-clinical-recommendation-medication-abortion-between-14-0-7-and-27-6-7-weeks-of-gestatio

Régimen combinado. Es el régimen de elección para el aborto farmacológico en el segundo trimestre porque ofrece alta eficacia, un corto intervalo desde la inducción hasta el aborto y un excelente perfil de seguridad, con tasas de expulsión de más del 90% a las 24 horas, intervalo promedio de 6 a 10 horas desde la inducción hasta la finalización del aborto y tasas de complicaciones graves (hemorragia que amerite transfusión sanguínea o instrumentación quirúrgica de urgencia) de menos del 1% (80); cuando las dosis de misoprostol se continúan sin tiempo límite, se logra el aborto completo en el 99% de los casos.

Se lleva a cabo con el uso secuencial de una dosis de mifepristona de 200mg por vía oral, seguido 1-2 días después de 400µg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas, con cautela, hasta la expulsión del feto y la placenta. El número de dosis dependerá de la respuesta clínica de la usuaria, del juicio clínico y de la preparación de la unidad de salud para tratar complicaciones. Si la persona usuaria se encuentra estable, se puede esperar por lo menos 4 horas después de la expulsión fetal para que se expulse la placenta, o se puede intervenir antes y extraerla si así lo solicita la usuaria, existe sangrado importante o para abreviar el tiempo de recuperación

previo al egreso (80). En este periodo de espera, se puede administrar la dosis de misoprostol que le corresponde según el horario establecido.

Misoprostol solo. Cuando no se cuenta con mifepristona, este método es una opción aceptable, con tasas de expulsión de entre 84% a las 24 horas y 95% a las 48 horas, tiempo promedio de 10 a 15 horas desde la inducción hasta el aborto y tasas de complicaciones graves menores al 1% (72). Se administran 400µg de misoprostol por vía bucal, vaginal o sublingual cada 3 horas, con cautela, hasta la expulsión fetal y placentaria. Las consideraciones con respecto al número de dosis son las mismas que para el régimen combinado. Ante el caso de retención placentaria que vaya más allá de las 4 horas (particularmente cuando el sangrado lo amerite o exista fiebre), se deberá realizar una evacuación complementaria por aspiración, misma que podrá realizarse antes con el propósito de abreviar el momento del egreso (80).

Aspiración Endouterina o Dilatación y Evaluación. Se valorará en función de las semanas de gestación, de la capacidad del personal y de la unidad de atención, previa maduración cervical, control adecuado del dolor y profilaxis antimicrobiana.

■ Manejo del aborto a partir de 20 semanas

El número de abortos posteriores a las 20 semanas constituyen un porcentaje reducido del total de abortos que se presentan siendo entre un 10-15% a nivel mundial (92). Los abortos más allá de las 21 semanas se presentan con escasa frecuencia en menos del 1% (93). En México, este tipo de atención se presenta generalmente por casos de violación, riesgo para la vida de la persona gestante, y afectación a la salud integral.

El aborto inducido en gestaciones avanzadas, aunque poco frecuente, debe estar disponible en servicios de salud con personal capacitado y sensibilizado, que comprenda los aspectos clínicos, éticos y de derechos humanos. Esto permite garantizar un abordaje respetuoso e integral, basado en la mejor evidencia disponible. La falta de acceso a estos servicios incrementa significativamente el riesgo de recurrir a procedimientos inseguros, asociados a mayor morbilidad y mortalidad prevenible.

De acuerdo con la definición de aborto inducido, es la pérdida intencional del embarazo intrauterino por medios medicamentosos o quirúrgicos (independiente del tiempo del embarazo), que no resulta en un nacido vivo, es indispensable orientar las pautas y criterios de calidad en la atención que forman parte del abordaje integral (94). (CIE-11).

Inducción de Asistolia Fetal (IAF)

La IAF es un procedimiento recomendado por la OMS como estándar de calidad para la atención del aborto seguro en etapas gestacionales avanzadas, a partir de las 20 semanas que se debe realizar antes de iniciar la expulsión. Su objetivo es asegurar un proceso clínicamente seguro, respetuoso y basado en avances científicos.

Consiste en inducir la detención de la actividad cardíaca fetal, mediante medios quirúrgicos, como la transección del cordón umbilical, o con medicamentos, como la inyección de fármacos en la cavidad amniótica, intratorácica o en cavidades cardíacas (95).

El objetivo de este procedimiento es evitar signos de vida, ya sea durante el aborto con medicamentos o en caso de expulsión fetal, después de la preparación cervical, pero antes de una dilatación y evacuación (DyE) planificadas (Tabla 5).

La IAF es el abordaje clínico recomendado para asegurar que los abortos inducidos a partir de la semana 20 se realicen desde una perspectiva bioética que busca:

- Prevenir las consecuencias de la prematuridad iatrogénica con sus implicaciones entre las que se encuentran alteraciones neurológicas severas, discapacidad

permanente, secuelas importantes en el neurodesarrollo y demás condiciones relacionadas con la inmadurez de los órganos al nacer.

- Evitar señales de esfuerzo respiratorio transitorio.
- Evitar afectar los registros de mortalidad neonatal.
- Ofrecer condiciones adecuadas para que los equipos de salud presten atención de calidad, lo que favorece la disponibilidad de más profesionales para este servicio y evita involucrar innecesariamente a equipos de neonatólogos en casos de expulsión con signos vitales.
- Reducir el tiempo de inducción de expulsión con medicamentos y facilitar procedimientos como la Dilatación y Evacuación⁷¹.

La IAF constituye una forma de garantizar el principio de no maleficencia, al ser el estándar de calidad que permite realizar un aborto en etapas gestacionales avanzadas, respetando la decisión de la persona gestante y previniendo posibles daños.

Las técnicas que son utilizadas para el aborto inducido dependen de las preferencias de la persona, del tiempo gestacional y de la disponibilidad de medicamentos y especialistas con entrenamiento para llevarlas a cabo. El equipo que asiste también considera la efectividad y la seguridad de cada una y las comparte con la persona como parte de la consejería. Hay que informar que la ecografía o ultrasonido es una de las prácticas necesarias en la provisión de abortos de más de 20 semanas y que será un estudio en el que no verá imágenes ni escuchará sonidos salvo que voluntariamente decida hacerlo.

Es necesario considerar que, si bien la IAF tiene como propósito garantizar la ausencia de signos de vida durante el procedimiento de aborto y evitar la sobrevida fetal extrauterina que pudiera ocasionar iatrogenias, en los casos en que se diagnostique un defecto incompatible con la vida extrauterina, asociado de manera inevitable con la muerte fetal, la realización de este procedimiento no resulta necesario, salvo que la persona usuaria, en ejercicio de su autonomía y mediante una decisión informada, determine lo contrario.

El aborto inducido a partir de las 20 semanas puede ser brindado en servicios de salud de diferente nivel de complejidad: consultorios, clínicas, centros quirúrgicos ambulatorios u hospitalarios. Cuando se dispone de digoxina inyectable, el procedimiento puede ser realizado sin

⁷¹ Fuente: Adaptado de OMS, 2023; CLACAI, 2025.

el uso de la ultrasonografía para la inyección intraamniótica (Imagen 8), siempre que lo efectúe un profesional con entrenamiento básico en la técnica. En ausencia de digoxina, (Imagen 9), tanto el cloruro de potasio como la lidocaína exigen la participación de un profesional entrenado en procedimientos fetales guiados por ultrasonografía.

En apego de las recomendaciones de la OMS, 2023, el tiempo de espera necesario tras la administración de digoxina intraamniótica varía entre 24 y 48 horas, sin un aumento significativo en la tasa de fallos después de la inyección. La mayoría de los servicios que utilizan digoxina intraamniótica suelen confirmar la asistolia fetal después de 24 horas; sin embargo, en algunos contextos, la confirmación puede llevar hasta 48 horas tras la primera inyección. La inyección intracardíaca de digoxina suele actuar en menos de 1 hora, mientras que la administración intratorácica o intrafetal puede demorar entre 6 y 12 horas en hacer efecto (96). Si la actividad cardíaca fetal no se detiene tras el primer procedimiento de IAF, la inyección debe repetirse (96).

A partir de la semana 20, el empleo de la ultrasonografía está indicado para determinación de las medidas fetales, el diagnóstico de la localización de la placenta y la detección de malformaciones fetales que puedan incidir en el proceso de evacuación uterina. Si quien realiza la ecografía no es parte del equipo a cargo del proceso de aborto, debe recibir entrenamiento para trabajar con sensibilidad y respeto hacia la persona, de forma de proveer un momento de cuidado que no agrave malestares o circunstancias (96).

El manejo del dolor debe estar centrado en las necesidades individuales de la persona usuaria que busca el cuidado en aborto. Para el alivio del dolor en el tratamiento con medicamentos se utilizan de manera profiláctica y rutinaria los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), luego los métodos adicionales como los opioides, los antieméticos (metoclopramida) y la analgesia epidural. En sitios con disponibilidad de analgesia epidural, esta opción siempre debe ser ofrecida a la persona que aborta. El tratamiento del dolor escalonado comenzando con AINES por vía oral, luego con AINES por vía endovenosa, después la analgesia con opioides y por último la analgesia epidural (si disponible), siempre con medidas no farmacológicas, es considerado por especialistas como un esquema con buena tolerancia con respecto al dolor y al confort de la persona. Para el aborto por procedimiento (DyE), también se ofrecen de manera rutinaria los AINES

(ibuprofeno) (97). La OMS también recomienda el uso de bloqueo paracervical y sedación consciente y desaconseja el uso rutinario de anestesia general (96).

Para el expulsivo de óbito fetal posterior a la IAF, se requiere un servicio obstétrico de mediana o alta complejidad habilitado, que garantice la atención inmediata y segura (4). Se sugiere el acompañamiento y la supervisión por parte del equipo de salud y el manejo cuidadoso del feto después de la expulsión (96).

La evacuación completa del aborto con medicamentos es confirmada por medio de la inspección visual del feto y de la placenta, además del monitoreo de los signos y síntomas de la persona (señales vitales estables, y sangrado vaginal y dolor abdominal reducidos). La inspección visual de los productos del embarazo y los signos de evacuación completa durante la aspiración final de procedimiento de DyE son utilizados para confirmar la evacuación completa del útero (96). No se debe utilizar el legrado uterino, para verificar el éxito del aborto.

Hasta la semana 24 hay dos opciones terapéuticas: el aborto con medicamentos o la dilatación y evacuación (DyE).

El tratamiento con medicamentos, si bien requiere menos intervención médica, está asociado a mayor sangrado vaginal, dolor e imprevisibilidad del tiempo hasta la expulsión de los productos del embarazo. En embarazos de más de 24 semanas la única alternativa terapéutica es el aborto con medicamentos. Es importante informar a la persona que se ajustan las dosis a las semanas de embarazo y a la valoración clínica que se haga (96).

En servicios donde no existan los recursos para la IAF sigue siendo posible continuar con el aborto inducido si el tiempo gestacional o la condición fetal no son compatibles con la supervivencia después de la expulsión (96).

La profilaxis anti-D es ofrecida a todas las personas Rh negativas con 20 semanas o más de embarazo durante el proceso del aborto inducido o dentro de 72 horas después del tratamiento, en dosis de 300 mcg de inmunoglobulina anti-D por vía intramuscular (96). Considerar la profilaxis para hemorragia posaborto con 10 UI oxitocina después de la expulsión placentaria o con 30 UI de oxitocina durante la DyE⁷².

⁷² <https://www.clacaidigital.info/handle/123456789/3297>

Tabla 5. Regímenes comúnmente utilizados para inducir asistolia fetal

	 Inyección de Cloruro de Potasio (KCl) intrafunicular/intracardiaco.	Inyección de Dígoxina intraamniótica/intrafetal.	Inyección de Lidocaína intratorácica/intracardiaca.
Efectividad	Abordaje altamente efectivo.	Mayor riesgo de falla en comparación con KCl.	La lidocaína es rápidamente efectiva.
Temporalidad	Se administra el mismo día o un día previo al aborto. La asistolia se observa de forma inmediata.	Se administra un día previo al Misoprostol. La asistolia se confirma antes del inicio del aborto, 24 hr antes del procedimiento.	Se administra el mismo día o un día previo al aborto. La asistolia se observa a los 5 minutos aproximadamente.
Seguridad	Para una administración segura y precisa, se requiere competencia.	La administración de Dígoxina intraamniótica no requiere guía ultrasonográfica. Los niveles séricos maternos son seguros.	La administración intracardiaca requiere mayor precisión que la intratorácica. La lidocaína presenta un riesgo materno mínimo.
Posología	Las dosis varían entre 4 y 6 mEq	Las dosis varían entre 1 y 2 mg	Las dosis varían entre 200 a 240 mg

Fuente: OMS, 2023; CLACAI 2025.

Imagen 8. Inducción de Asistolia Fetal con Inyección Intraamniótica

Fuente: Elaboración propia.
CNEGSSR, 2026.

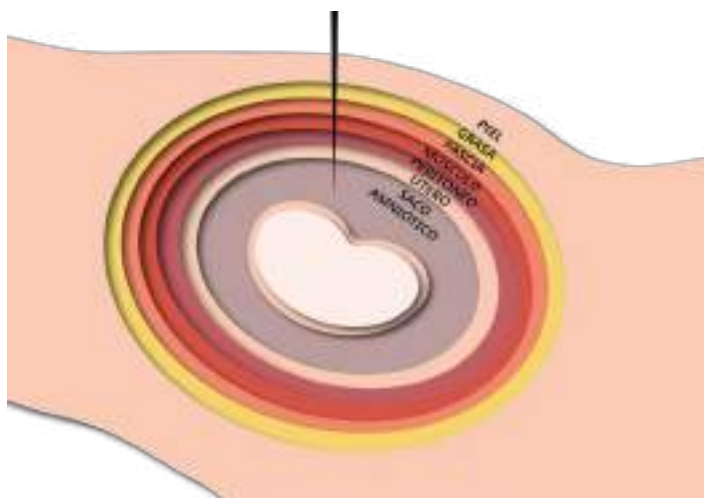
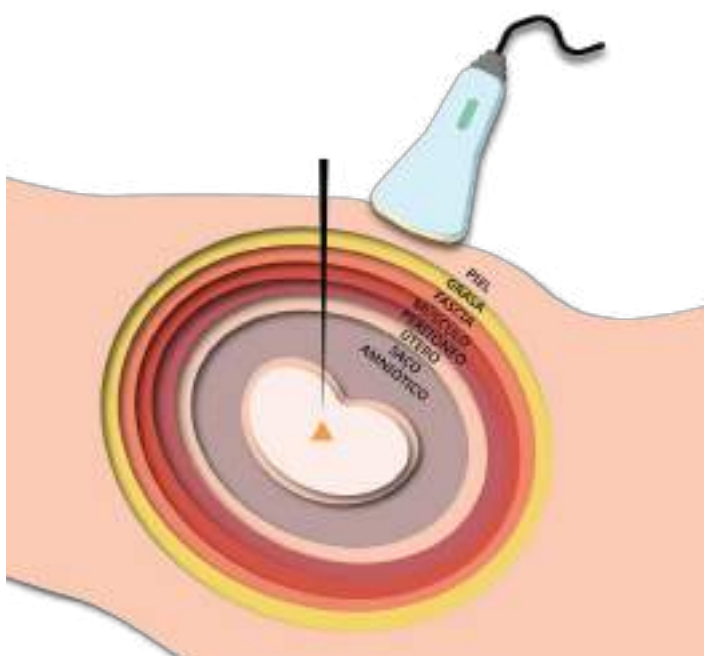


Imagen 9. Inducción de Asistolia Fetal con Inyección Intratorácica e Intracardiaca

Fuente: Elaboración propia.
CNEGSSR, 2026.



Antes del alta, la persona que abortó debe ser orientada en cuanto a las señales de alarma que indican la necesidad de un retorno inmediato al servicio de salud: aumento de los cólicos o del dolor abdominal, sangrado vaginal excesivo (más de dos compresas nocturnas empapadas por hora, durante 2 horas consecutivas) y fiebre (96).

Aunque no hay evidencias sobre la necesidad de seguimiento después de un aborto sin complicaciones, puede ofrecerse una consulta de seguimiento (presencial o por telemedicina) entre 7 y 14 días después de la intervención para brindar servicios de anticoncepción, apoyo emocional y gestión de cualquier duda que la persona pueda presentar en ese período (Ver Tabla 6) (96).

Después de las 20 semanas, se recomienda inhibir la lactancia, con cabergolina; al respecto, CLACAI menciona: “más del 90% de las personas van a presentar síntomas mamarios como la ingurgitación y el dolor mamario después de un aborto inducido con más de 20 semanas. Para la inhibición de la lactancia después de un aborto inducido (con medicamentos o por procedimiento), está indicado 1mg de cabergolina por vía oral en dosis única. Cuando la cabergolina no esté disponible o en caso de alergia, pueden usarse los métodos mecánicos como la utilización de sostén y de compresas frías” (96).

Tabla 6. Evaluación de riesgos y eficacia de fármacos utilizados para IAF

	Digoxina intraamniótica /intrafetal	KCl intrafunicular /intracardiaco	Lidocaína intratorácica /intracardiaca
Seguridad	Se evaluó la seguridad de la inyección intraamniótica Digoxina sin complicaciones maternas	Se documentó la experiencia con la administración intracardiaca de Cloruro de Potasio y no se presentaron complicaciones maternas	Se sugiere que la Lidocaína puede ser una alternativa segura al Cloruro de Potasio
Eficacia	93% ¹	99.5% ²	83% ³

- Toma en cuenta las posibles complicaciones del procedimiento de amniocentesis, que, si bien son mínimas, se tienen que considerar: ruptura prematura de membranas, trabajo de parto pretérmino, hemorragia placentaria, hematoma de pared abdominal, infección intraamniótica, desprendimiento prematuro de placenta y lesión fetal⁴.
- Los puntos antes señalados, deben abordarse en la consejería.

- 1 Sharvit M, Klein Z, Silber M, et al. Intra-amniotic digoxin for feticide between 21 and 30 weeks of gestacion: a prospective study. BJOG. 2019; 126:885-889.
- 2 Sfakianaki A et al. Potassium Chloride Induced Fetal Demise: A retrospective cohort study of efficacy and safety. J Ultrasound Med 2014; 33:337-34.
- 3 López-Cepero R, Lynch L, de la Vega A. Effectiveness and safety of lidocaine in the induction of fetal cardiac asytle for second trimester pregnancy termination. Bol Asoc P R. 2013; 105:14-17.
- 4 Molina-Giraldo Saulo, Gaviria Ana María, Beltrán-Acosta Sandra, Alberto-Castro Calos, Rojas-Arias José Luis, Alfonso Arias Diana et al. Consecuencias y complicaciones de las amniocentesis: Experiencia de dos centros latinoamericanos de medicina materno fetal. Ginecol. obstet. Méx [revista en la internet]. 2018;86(4):239-246. <http://doi.org/10.24245/goom.-v86i4.1014>

■ Manejo y disposición de restos fetales

El manejo y disposición de restos fetales deberá realizarse garantizando en todo momento un trato digno, confidencial y respetuoso hacia la persona usuaria, así como el cumplimiento de las disposiciones sanitarias y administrativas aplicables.

Cuando el aborto ocurra en etapas gestacionales avanzadas, particularmente a partir de las 22 semanas de gestación, el personal de salud deberá considerar las disposiciones relacionadas con la emisión del Certificado de Muerte Fetal (CMF), el registro correspondiente y el destino final de los restos fetales. Para mayor información sobre los procedimientos de certificación y registro, deberá consultarse el apartado de Registro de la información del presente Lineamiento Técnico.

En caso de que la persona usuaria manifieste su deseo de recibir los restos fetales para darles destino final, el personal de salud deberá brindar la orientación necesaria sobre los procedimientos institucionales correspondientes.

Cuando la persona usuaria manifieste no desear o no estar en posibilidad de hacerse cargo del destino final de los restos fetales, dicha manifestación deberá quedar asentada en el expediente clínico. En estos casos, corresponderá a la unidad hospitalaria realizar las gestiones necesarias para el destino final mediante inhumación, cremación, donación para investigación o el procedimiento que corresponda, conforme a la voluntad de la persona usuaria y a las disposiciones aplicables.

De conformidad con el artículo 350 Bis-6 de la Ley General de Salud, cuando los restos fetales no sean reclamados, deberán ser tratados como restos fetales no reclamados. Lo anterior faculta a las instituciones de salud para realizar el procedimiento correspondiente sin necesidad de una solicitud adicional por parte de la persona usuaria.

Para efectos de trazabilidad y seguridad jurídica, se recomienda que las instituciones cuenten con mecanismos documentales o formatos institucionales que permitan dejar constancia de la decisión de la persona usuaria respecto al destino final de los restos fetales y de las actuaciones realizadas por la unidad de salud.

■ Complicaciones en el manejo del aborto

La tasa de complicaciones mayores (como la hemorragia que requiere el uso de hemoderivados, necesidad de cirugía de urgencia, o infección grave) es infrecuente, sobre todo en abortos del primer trimestre y cuando se siguen las recomendaciones de manejo basadas en evidencia científica. Su frecuencia aumenta con el tiempo gestacional, en mujeres o personas con posibilidad de gestar que tienen muerte fetal o que acuden para atención después de un aborto inseguro. Cuando llegan a presentarse, difieren para cada modalidad de manejo y pueden ocurrir durante el manejo de aborto, en la recuperación o después de que la mujer se retira de la unidad de salud.

- Las que se asocian con mayor frecuencia a manejo farmacológico, son: hemorragia, continuidad del embarazo, retención de restos, no haber identificado la presencia de un embarazo ectópico y con menos probabilidad, infección.
- Las que se pueden presentar con mayor frecuencia con aspiración uterina son: hemorragia, no haber advertido la presencia de un embarazo ectópico, retención de restos, perforación uterina, infección, sepsis y con menos probabilidad, continuidad del embarazo.

La atención inmediata de cualquiera de las complicaciones en el tratamiento del aborto incluye la activación del Código Mater y de forma simultánea: el manejo inicial del estado de choque (ver Anexo 4) para la estabilización hemodinámica (restitución del volumen plasmático con soluciones cristaloideas mediante accesos venosos de grueso calibre, colocación de catéter urinario para cuantificación de diuresis y control de líquidos, monitorización continua de signos vitales y parámetros hemodinámicos), la identificación de la causa y el tratamiento procedente o el traslado seguro y sin dilación a una unidad de atención con mayor capacidad resolutive.

Hemorragia. Se define como una pérdida hemática igual o mayor a 500ml durante el estado grávido o puerperal (102). Para identificar a las mujeres con riesgo de resultados adversos por sangrado e iniciar el tratamiento de respuesta inmediata, se recomienda utilizar el umbral de pérdida de sangre objetivamente medido de ≥ 300 ml con cualquier signo hemodinámico anormal, o pérdida de sangre objetivamente medida de ≥ 500 ml, lo

que ocurra primero, dentro de las 24 horas posteriores al procedimiento, y con especial vigilancia durante las primeras 2 horas⁷³.

El riesgo de que se presente hemorragia después de un aborto inducido en condiciones seguras es muy bajo (puede ocurrir en 0 a 3 de cada 1000 casos con medicamentos hasta las 9 semanas o con aspiración por vacío hasta antes de las 13 semanas; y en 0.9 a 10 de cada 1000 casos con evacuación endouterina a las 13 semanas y más de gestación) y entre sus causas se encuentran: atonía uterina, retención de restos ovulares, laceración cervical o vaginal, lesión uterina, placenta previa o acreta y coagulopatía (80). De presentarse esta complicación, se deberá:

- Instalar el manejo inicial del choque hipovolémico.
- Realizar examen bimanual para identificar el tono uterino y sensibilidad a la palpación e inspección del cérvix y canal vaginal para identificar y reparar laceraciones (pueden tratarse con presión directa con una gasa montada, con la aplicación de agentes coagulantes tópicos como nitrato de plata o solución de subsulfato férrico o colocando suturas absorbibles) si procede.
- Retirar restos ovulares (mediante aspiración por vacío o con misoprostol 800µg sublingual), cuando sea el caso y según corresponda.
- Administrar uterotónicos cuando se advierta atonía uterina. Además de la dosis ya mencionada de misoprostol, se puede indicar ergometrina si no existe hipertensión arterial; la oxitocina no se recomienda en el primer trimestre por ausencia de receptores uterinos (Tabla 7).
- Realizar pinzamiento de arterias uterinas con técnica Zea y/o colocar balón uterino hidrostático, sin olvidar la toma de muestras sanguíneas para tipe y cruce, en caso de que se requiera el uso de hemoderivados, y que estas acciones son temporales mientras se estabiliza a la usuaria y se resuelve el motivo de la complicación⁷⁴.
- Administrar ácido tranexámico, 1gr IV (96).

⁷³ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115637>

⁷⁴ Para mayor referencia de tratamiento quirúrgico como suturas compresivas uterinas, desarterialización selectiva, ligadura de arterias hipogástricas, histerectomía y empaquetamiento de hueco pélvico, se recomienda ver las guías de práctica clínica correspondientes.

Tabla 7. Uterotónicos

Fármaco	Dosis
Misoprostol	800µg por vía bucal o sublingual.
Maleato de Ergometrina/ Metilergonovina	0.2mg por vía intramuscular o intracervical; repetir cada 2 a 4 horas. Contraindicada en personas con hipertensión arterial.
Oxitocina	10-40 unidades en 500-1000ml de solución cristaloide isotónica no glucosada a pasar por vía intravenosa a razón de 125ml/hr; o 10 unidades por vía intramuscular. No es útil en primer trimestre por la ausencia de receptores a oxitocina. Se recomienda pasadas las 18-20 semanas.
Taponamiento uterino	Gasa estéril, de 30 ml a 75 ml con balón de sonda Foley, balón obstétrico o condón inflado colocado en el útero.

Fuente: Adaptado IMSS 2017; Ipas, 2023.

Falla terapéutica. La ausencia de sangrado, o un sangrado mínimo, así como la ausencia de tejido de aspecto trofoblástico, acorde a las semanas de gestación, pueden indicar continuidad del embarazo o la presencia de embarazo ectópico.

Tanto el embarazo en curso como la presencia de saco gestacional persistente identificado por ultrasonido, son condiciones que ocurren en menos del 1% de los casos de aborto inducido con régimen combinado. Ante la confirmación ultrasonográfica de un embarazo en curso, se debe ofrecer una evacuación endouterina lo antes posible, ya sea con aspiración por vacío o con dosis repetidas de misoprostol.

El hallazgo de un saco gestacional persistente puede manejarse con aspiración, con dosis repetidas de misoprostol o de forma expectante, según el cuadro clínico y las preferencias de la usuaria (80).

Perforación uterina. Es una complicación rara (puede suceder entre 0.1 y 3 casos por cada 1000 procedimientos de aborto inducido), cuya frecuencia se incrementa en semanas de gestación mayores; entre los factores de riesgo se encuentran: útero en retroversión, en anteversión aguda; infección; multiparidad; gestación múltiple; semanas de gestación avanzadas; preparación cervical inadecuada; dificultad en la dilatación cervical; anomalías uterinas o cavidad modificada por fibromas; antecedentes de cirugía cervical/uterina, incluida la cesárea; pobre experiencia del prestador del servicio; atención postaborto asociada a procedimiento inseguro (80). **A toda persona bajo sospecha de perforación uterina, se le debe informar de la complicación y se debe observar su cuadro clínico.**

- Si la persona está estable, se le debe informar sobre los signos de alarma, que indican cuándo debe buscar asistencia de emergencia, si es necesario, y se debe formular un plan de seguimiento antes de darla de alta del centro de salud.
- Si la persona está inestable o se observa que su cuadro clínico está empeorando, debe ser trasladada a un establecimiento de salud de tercer nivel de atención para que reciba el manejo correspondiente.

- Toda persona que presente una perforación uterina confirmada, con evidencia de lesión intestinal, debe ser trasladada a un establecimiento de salud de tercer nivel para que reciba el manejo correspondiente.

Para mayor referencia de tratamiento quirúrgico como suturas compresivas uterinas, desarterialización selectiva, ligadura de arterias hipogástricas, histerectomía y empaquetamiento de hueso pélvico, se recomienda ver las guías de práctica clínica correspondientes.

La perforación uterina puede suceder en cualquier etapa del procedimiento de aborto y en cualquier parte del útero, siendo más frecuente en la cara anterior o posterior del fondo uterino; en la mayoría de los casos no es detectada y se resuelve espontáneamente, cuando el procedimiento es realizado antes de las 13 semanas de gestación. Se advierte su ocurrencia ante una pérdida de resistencia súbita durante la dilatación cervical o la aspiración endouterina que permite que el instrumental se deslice más allá de la longitud uterina prevista.

Cuando se observa tejido adiposo (amarillo) en el material aspirado, debe sospecharse la perforación uterina con lesión intestinal, por lo que la usuaria no es candidata a manejo expectante y debe ser referida de inmediato a una unidad resolutoria, incluso si en ese momento se encuentra hemodinámicamente estable, para confirmar y tratar oportunamente (mediante laparoscopia o laparotomía) cualquier lesión a órganos vecinos asociada a la perforación.

Infección y sepsis. El aborto infectado se refiere a una forma complicada de cualquier tipo de aborto (espontáneo o inducido) acompañado de infección. Toda infección materna no detectada o incorrectamente tratada, puede progresar a sepsis, discapacidad y muerte prematura, con lo que implica para las personas usuarias y sus familias en términos económicos y de cuidados y para los servicios de salud. La OMS señala a la sepsis en el embarazo como una afección potencialmente mortal definida como una disfunción orgánica resultante de una infección durante el embarazo, el parto, el postaborto o el posparto y se ha reportado que la sepsis contribuye al menos con una de cada 10 muertes maternas en todo el mundo, es decir, se estima que aproximadamente el 10% de todas las muertes maternas se deben a una complicación de un aborto relacionada

con la sepsis (103,104). En países de ingresos altos sin restricciones legales para el aborto, la tasa de sepsis fatal asociada a un aborto inducido es tan baja como menos de 1 por cada 10,000 casos (105).

Entre los microorganismos asociados a la infección y sepsis por aborto se encuentran estreptococo del grupo B, *B. fragilis*, *E. coli*, *anaerobios*, *N. gonorrhoea*, *C. trachomatis*, *Trichomonas*, y en menor frecuencia, *C. perfringens* y estreptococo del grupo A.

El diagnóstico es predominantemente clínico y debe sospecharse con más frecuencia en el marco de la atención por aborto incompleto o después de un aborto inseguro, ante la presencia de fiebre mayor a 38°C, hipersensibilidad uterina, presencia de restos ovulares, descarga vaginal purulenta/fétida y sangrado con estas características en cantidad variable (105).

De identificarse esta complicación, debe tenerse especial precaución en el manejo de líquidos, pues se puede presentar un edema agudo pulmonar iatrógeno. Existen escalas pronósticas para identificar la severidad y la necesidad de manejo en unidades de mayor complejidad (ver Anexo 5). Se deberán iniciar las acciones dirigidas a la estabilización hemodinámica, sumando la toma de cultivos previo a la administración de antibióticos intravenosos de amplio espectro y la remoción del contenido de la cavidad uterina, bajo la administración de algún uterotónico para disminuir el riesgo de perforación uterina durante la evacuación, sobre todo en el segundo trimestre.

Tabla 8. Antimicrobianos útiles en el manejo del aborto infectado/séptico

Esquema antimicrobiano	Dosis intravenosas recomendadas
Ampicilina + Gentamicina + Metronidazol	Ampicilina 2gr cada 4 horas Gentamicina 5mg/Kg cada 24 horas Metronidazol 500mg cada 8 horas
Clindamicina + Gentamicina + Ampicilina	Clindamicina 900mg cada 8 horas Gentamicina 5mg/Kg cada 24 horas Ampicilina 2gr cada 4 horas
Piperacilina - tazobactam	Piperacilina-tazobactam 4.5g cada 6 horas
Levofloxacino + Metronidazol	Levofloxacino 500mg cada 24 horas Metronidazol 500mg cada 8 horas
Imipenem	Imipenem 500mg cada 6 horas

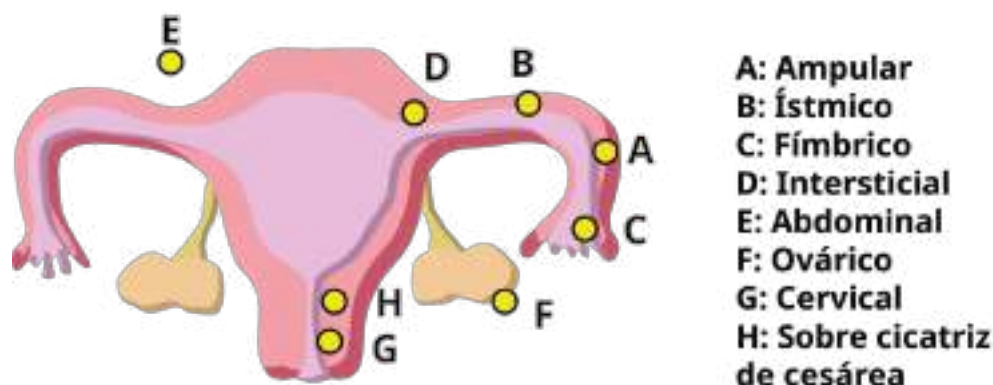
Modificado de: IMSS, 2018.

Las posibles complicaciones deben ser tratadas de manera eficaz, con la atención médica, obstétrica o quirúrgica que corresponda y ser brindada con prontitud por personal competente y capacitado para el manejo de las emergencias obstétricas. Si se necesitan instalaciones quirúrgicas de emergencia y éstas no se encuentran disponibles, se debe estabilizar a la usuaria para un traslado oportuno y seguro a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutiva.

■ Embarazo ectópico

El embarazo ectópico, también conocido como embarazo extrauterino, se refiere a la implantación de un blastocisto en desarrollo fuera de la cavidad endometrial del útero y se considera una condición de alto riesgo. La tasa estimada de embarazo ectópico en la población general es del 1 al 2%⁷⁵ y la prevalencia de embarazo ectópico en México está reportada de 1 en 200 a 1 en 500 embarazos. Más del 95% de los embarazos ectópicos se implantan en la trompa uterina (ampular, ístmico, fímbrico). Las principales localizaciones de las gestaciones ectópicas no tubáricas son: intersticial, abdominal, ovárica, cervical y sobre cicatriz de cesárea⁷⁶.

Imagen 10. Localización más frecuente de embarazos extrauterinos



Fuente: Elaboración propia a partir del Protocolo Gestación ectópica tubárica y no tubárica. Medicina Fetal Barcelona, 2025.

⁷⁵ Martínez Rodríguez NA, Bravo Mosquera DE, Suárez Lescano HB, Cuadrado Suárez EA, Velásquez López GF. Diagnóstico y manejo del embarazo ectópico: revisión de la literatura. J Am Health. 2023;6(1). Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/159>

⁷⁶ Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona, Hospital Clínic de Barcelona, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. Gestación ectópica tubárica y no tubárica [Internet]. Barcelona: Medicina Fetal Barcelona; 2025. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2025/08/Gestacion-ectopica-tubarica-y-no-tubarica-210825.pdf>

Se ha documentado que la incidencia del embarazo ectópico es menor en las solicitantes de aborto que en la población general⁷⁷. El pronóstico depende del diagnóstico precoz y la intervención oportuna, por lo que, el manejo eficaz del embarazo ectópico requiere un enfoque interdisciplinario bien coordinado para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento oportuno y resultados óptimos para la persona usuaria⁷⁸.

Los factores de riesgo asociados con los embarazos ectópicos incluyen edad materna avanzada, tabaquismo, antecedentes de embarazo ectópico previo, daño tubárico o cirugía tubárica, infecciones pélvicas previas y uso de DIU. Las mujeres con embarazos ectópicos anteriores tienen hasta diez veces más riesgo que la población general, por lo que se debe considerar el embarazo ectópico en cualquier paciente embarazada con o sin sangrado vaginal y/o con dolor abdominal bajo frecuentemente localizado en una de las fosas iliacas, cuando aún no se ha establecido el embarazo intrauterino⁷⁹.

Criterios de diagnóstico		
Criterios clínicos	Criterios ultrasonográficos	Criterios bioquímicos
- La triada clásica compuesta por dolor, sangrado y masa anexial sólo se presenta en 45% de las pacientes - Se ha reportado también que a la exploración física 30% de pacientes con embarazo tubario no presentaron sangrado transvaginal, 10% presentaron una masa anexial palpable y 10% un examen pélvico normal.	- La presencia de una masa anexial tubarica compatible con un saco gestacional de 13 mm en promedio sin saco de yolk (saco vitelino) visible ni presencia de embrión puede corresponder a un embarazo tubario. - La detección por ultrasonido transvaginal de una masa anexial, combinada con una concentración sérica de β- hCG de 1000 mUI/mL tiene una sensibilidad de 97%, una especificidad de 99% y valores predictivos positivo y negativo de 98% para diagnóstico de embarazo tubario.	- Los rangos de β- hCG de la zona de discriminación son de 1200 a 2000 mUI y estos se asocian con la presencia ultrasonográfica del saco gestacional intrauterino.

Fuente: IMSS, 2010⁸⁰.

⁷⁷ Abortion care guideline, second edition. Geneva: World Health Organization; 2024

⁷⁸ Vadakekut ES, Gnugnoli DM. Embarazo ectópico. [Actualizado el 27 de marzo de 2025]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2026-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK539860/>

⁷⁹ Martínez Rodríguez NA, Bravo Mosquera DE, Suárez Lescano HB, Cuadrado Suárez EA, Velásquez López GF. Diagnóstico y manejo del embarazo ectópico: revisión de la literatura. J Am Health. 2023;6(1). Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/159>

⁸⁰ Diagnóstico y Tratamiento de Embarazo Tubario, México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010

Por lo general, la ausencia de sangrado después de tomar misoprostol es signo de que el aborto médico ha fracasado, pero cabe la posibilidad de que se deba a que el embarazo es ectópico⁸¹. Cuando se dispone de este recurso, la realización de un ultrasonido endovaginal constituye una herramienta accesible y de elección para confirmar la localización intrauterina del embarazo. En aquellos entornos donde no se cuente con ultrasonido y exista indicación clínica para ello, la aspiración por vacío puede contribuir a confirmar la presencia de un embarazo intrauterino, ya que la identificación de restos ovulares en el material aspirado del útero confirma dicha localización. Es importante inspeccionar los restos ovulares para confirmar que se ha consumado el aborto, ya que, la inspección inmediata puede acelerar el diagnóstico de embarazo ectópico y disminuir la tasa de morbilidad⁸². No obstante, este procedimiento deberá realizarse únicamente en unidades que cuenten con personal capacitado y entrenado en técnicas de aspiración endouterina, así como con los insumos y condiciones necesarias para su realización segura.

Ante la sospecha o el diagnóstico de embarazo ectópico, este debe considerarse como una urgencia médica y evaluarse de manera inmediata para establecer el manejo oportuno. Si la usuaria presenta signos o síntomas sugestivos de ruptura, deberá tratarse como una emergencia médica e iniciarse de inmediato el manejo clínico correspondiente.

Si se ha diagnosticado un embarazo ectópico, y la paciente se considera clínicamente estable, las opciones de tratamiento incluyen manejo médico o manejo quirúrgico⁸³. El metotrexato intramuscular es el único medicamento apropiado para el manejo del embarazo ectópico. Un antagonista del folato, que interrumpe las células que se dividen rápidamente del embarazo ectópico, que luego son reabsorbidas por el cuerpo. Su tasa de éxito disminuye con niveles iniciales más altos de β -hCG. Las contraindicaciones del metotrexato incluyen insuficiencia renal, anemia, leucopenia o trombocitopenia de moderada a grave, enfermedad hepática o alcoholismo, úlcera péptica activa, y lactancia materna. Por lo tanto, se debe obtener un hemograma completo y un panel metabólico completo antes de administrarlo⁸⁴.

⁸¹ Clinical practice handbook for quality abortion care. Geneva: World Health Organization; 2023

⁸² Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. Ipas (2023).

^{83, 84} Martínez Rodríguez NA, Bravo Mosquera DE, Suárez Lescano HB, Cuadrado Suárez EA, Velásquez López GF. Diagnóstico y manejo del embarazo ectópico: revisión de la literatura. J Am Health. 2023;6(1). Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/159>

En presencia de inestabilidad hemodinámica o datos sugestivos de hemorragia intraperitoneal se deberá brindar atención quirúrgica de urgencia conforme a los protocolos institucionales vigentes. Para la definición de criterios de manejo y seguimiento, se recomienda consultar las guías de práctica clínica y protocolos especializados aplicables.

Al fomentar el trabajo en equipo, la comunicación clara y la adhesión a los protocolos establecidos, los profesionales de la salud pueden mejorar la atención centrada en la persona usuaria, optimizar los resultados y garantizar los más altos estándares de seguridad en el manejo del embarazo ectópico⁸⁵.

Imágenes de ecografía transvaginal de un embarazo intrauterino y un embarazo ectópico.

Imagen 11.
Embarazo intrauterino
a las 6 semanas (área
oscura central).



Imagen 12.
Embarazo ectópico en
forma de rosquilla.



Fuente: Imágenes tomadas del artículo Diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico (Sivalingam et al, 2011)

⁸⁵ Vadakekut ES, Gnugnoli DM. Embarazo ectópico. [Actualizado el 27 de marzo de 2025]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2026-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK539860/>

Imagen 13.

Ecografía transvaginal de embarazo a nivel ístmico se aprecia saco gestacional con presencia de saco vitelino (SP).



Imagen 14.

Saco gestacional ubicado en el canal cervical entre el orificio cervical interno y el orificio cervical externo con presencia de saco vitelino (RD).



Imagen 15.

Embarazo heterotópico con embarazo a nivel de cicatriz de cesárea. Observe la presencia de dos sacos gestacionales. El SG1 a nivel de cicatriz de cesárea y el SG2 a nivel de cavidad uterina.



Fuente: Imágenes tomadas del artículo Criterios ultrasonográficos del embarazo ectópico (Carpio Guzmán, 2021)

Imagen 16. Gestación ectópica abdominal por ecografía transvaginal.



Fuente: Imágenes tomadas del artículo Embarazo ectópico abdominal. Diagnóstico y tratamiento médico con metotrexato. (Gutiérrez et al. 2011)

6.2.4 Anticoncepción postaborto

Después de un aborto, la ovulación puede ocurrir entre los 8 y 10 días después de la aspiración por vacío o del tratamiento farmacológico, en cualquier semana de gestación. Es esencial explicar esto claramente a la usuaria (incluyendo a niñas y adolescentes) y evaluar con ella su deseo de embarazo en el corto y largo plazo.

La consejería sobre la anticoncepción se brinda en el mismo momento y lugar en el que se proporcionan los servicios de aborto seguro para facilitar la elección informada de un método anticonceptivo antes de su egreso de la unidad de salud. Deberá brindarse información veraz, clara, completa y sin tecnicismos sobre los diversos métodos anticonceptivos modernos disponibles, para que la persona pueda elegir el que responda más a sus necesidades, preferencias, estilo de vida y estado de salud, así como información basada en evidencia científica sobre la efectividad, los beneficios y los efectos secundarios, conforme los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos emitidos por la OMS (para mayor información revisar los Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Métodos Anticonceptivos en México)⁸⁶ (ver Anexo 6), que permitan a las usuarias elegir el método acorde a sus necesidades, preferencias y riesgos individuales. En ningún caso se deberá condicionar el servicio de aborto a la aceptación de un método anticonceptivo.

En caso de no contar con el método anticonceptivo elegido por la usuaria, se debe realizar la referencia correspondiente a la unidad de salud y brindar la alternativa de otro método mientras se otorga el de su preferencia.

Ejemplo de esto es la colocación de un dispositivo intrauterino que se contraindica si se documentó aborto séptico, por lo que deberá ofertarse un método alternativo mientras ésta se resuelve; o el uso de hormonales combinados que requieren indicación con criterio clínico en usuarias con factores de riesgo para eventos tromboembólicos, entre otros (ver Anexo 6).

⁸⁶ Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Métodos Anticonceptivos en México. 2022. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/lineamientos-tecnicos-para-la-prescripcion-y-uso-de-metodos-anticonceptivos-en-mexico-310274>

Se recomienda dar énfasis a la doble protección, mediante un método de barrera (condón interno o externo) para disminuir el riesgo de infecciones de transmisión sexual incluido el VIH, y a los métodos reversibles de larga duración cuando no exista paridad satisfecha o la usuaria no desee anticoncepción permanente (ver Tabla 8). La consejería debe incluir también la información relacionada con la anticoncepción de emergencia, aclarando que si bien puede utilizarse las veces que se necesite. No se recomienda como método anticonceptivo regular y no protege contra infecciones de transmisión sexual (106–108).

Después de un aborto, espontáneo o inducido, es posible usar cualquiera de los métodos anticonceptivos actualmente disponibles. Sin embargo, se deberán revisar los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos en los Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Métodos Anticonceptivos en México antes de prescribir cualquier anticonceptivo, ya que, existen algunos como los dispositivos intrauterinos que su uso está contraindicado después de un aborto séptico.

Si luego de la asesoría la persona usuaria decide no utilizar ningún tipo de método anticonceptivo, se deberá respetar la decisión sin coaccionar o insistir en que se elija alguno. El personal de salud deberá asentar esta decisión en el expediente clínico.

Tabla 9. Anticoncepción post aborto

Metodología anticonceptiva disponible	Indicaciones de uso			Protección adicional	
Opciones anticonceptivas temporales	Hormonales combinados	AOC	Inmediatamente	Dentro de los primeros 7 días posteriores al aborto, no se requiere protección anticonceptiva adicional	
		AIC			
		PAC			
		AVC			
	Hormonales con progestágeno	AOPS	Inmediatamente		
		AIPS			
		IS			
	Dispositivos intrauterinos	No hormonal	• Aborto espontáneo: inmediatamente • Aborto inducido por medicamento: a partir del séptimo día después de la última dosis de misoprostol		Dentro de los primeros 12 días posterior al aborto, no se requiere protección anticonceptiva adicional
		Hormonal			
	Métodos anticonceptivos de barrera	Condón externo o masculino	En todo momento (doble protección)		
Opciones anticonceptivas permanentes	Oclusión tubaria bilateral				
	Vasectomía				
• Se recomienda enfatizar la doble protección y los métodos reversibles de larga duración cuando no exista paridad satisfecha o no se deseen métodos definitivos. • La consejería debe incluir información sobre anticoncepción de emergencia. • De acuerdo con los Criterios médicos de elegibilidad de la OMS, la edad como único criterio NO es una razón para negar cualquier tipo de anticonceptivo a las adolescentes por lo que deben de tener acceso a todas las opciones y pueden usar cualquier método anticonceptivo, siempre que no exista contraindicación específica para ello (como con usuarias de otros grupos etarios). • En personas menores de 18 años, los inyectables de sólo progestina entran en categoría 2 de los criterios de la OMS (ver tabla). • Después de un aborto por aspiración endouterina o por dilatación y evacuación (DyE), los anticonceptivos hormonales y no hormonales, incluidas la colocación del dispositivo intrauterino (DIU) y la esterilización femenina, se pueden iniciar inmediatamente. • Los métodos hormonales, tales como píldoras, parches, anillos, inyectables e implantes, se pueden iniciar el mismo día que inicia la primera tableta de aborto con medicamentos. Se puede colocar el DIU y realizar la esterilización femenina cuando se tenga certeza razonable de que la persona ya no está embarazada. • Considerar la consejería a distancia de métodos anticonceptivos.					

AOC: Anticonceptivos orales combinados
AIC: Anticonceptivos inyectables combinados
PAC: Parche anticonceptivo combinado
AVC: Anillo vaginal anticonceptivo combinado

AOPS: Anticonceptivos orales con progestágeno solo
AIPS: Anticonceptivos inyectables con progestágeno solo
IS: Implante subdérmico

Fuente: Lineamiento Técnico para la Prescripción de Servicios de Anticoncepción Post Evento Obstétrico en México, 2024; Ipas, 2023.

6.2.5 Registro de la información

En México, la Dirección General de Información en Salud (DGIS), como unidad administrativa de la Secretaría de Salud, es la instancia responsable de coordinar la definición, captación, integración, análisis, difusión y evaluación de la calidad de la información generada por las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS). Esta labor incluye la normalización e integración de la información estadística y nominal del Sistema Nacional de Información en Salud, lo cual resulta fundamental para la toma de decisiones en los procesos de planeación, programación y presupuestación del sector.

Entre sus atribuciones, la DGIS coordina al Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE), encargado de promover y supervisar el uso adecuado de las clasificaciones internacionales. Actualmente, México cuenta con un registro basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10); no obstante, se contempla la adopción gradual de la Undécima Revisión (CIE-11), con el fin de armonizar los sistemas nacionales de información en salud con los estándares internacionales, optimizar la codificación diagnóstica y fortalecer la calidad y comparabilidad de los datos estadísticos para la toma de decisiones.

Toda atención médica debe documentarse en el expediente clínico, conforme a lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Los expedientes clínicos son instrumentos legales y administrativos, que pueden ser requeridos por autoridades judiciales, ministeriales o administrativas, órganos de procuración de justicia o instancias administrativas. Además de constituir un respaldo para el ejercicio profesional, representan una herramienta probatoria que puede facilitar el acceso a la justicia de mujeres, niñas y adolescentes cuando así se requiera. Al mismo tiempo, son una fuente esencial de información para garantizar el acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud.

De manera obligatoria, todas las instituciones que integran el SNS deben registrar las atenciones brindadas en los formatos primarios establecidos. Estos formatos constituyen la fuente primordial de información para la investigación clínica y epidemiológica, así como para la administración y planeación de los servicios de salud. En el caso de la atención relacionada con el aborto seguro, dichos registros permiten, además, identificar la calidad con la que se otorgan los servicios.

En apego a la NOM-004-SSA3-2012, todas las intervenciones médicas y quirúrgicas deben quedar asentadas en las notas clínicas correspondientes, así como los diagnósticos se deberán codificar conforme la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente (CIE-10), independientemente de la modalidad de tratamiento utilizada.

El personal de salud tiene la obligación de conformar adecuadamente el expediente clínico, haciendo constar cada uno de los momentos de la atención brindada, además es un derecho de las personas usuarias que toda intervención, comentario, información requerida, diagnóstico o valoración clínica conste a cabalidad en su expediente. También se deberán adjuntar los documentos que se consideren idóneos y necesarios para justificar y dar soporte a la atención proporcionada.

■ **Formatos Primarios para el registro de la atención ambulatoria al aborto seguro**

Para la atención del aborto seguro en el primer trimestre de gestación, el registro deberá corresponder al abordaje médico indicado, ya sea mediante tratamiento farmacológico (misoprostol solo o combinado con mifepristona) o mediante Aspiración Manual Endouterina (AMEU), en modalidad ambulatoria.

Deberá emplearse la Hoja de Atención Obstétrica en Unidades de Consulta Externa y Atención Ambulatoria en Hospitales (SINBA-SIS-12-P), asegurando la trazabilidad, integridad y confidencialidad de la información clínica conforme a la normatividad aplicable.

■ **Formatos Primarios para el registro de atenciones de aborto seguro hospitalario**

Cuando el aborto seguro sobrepase el primer trimestre y/o existan comorbilidades que requieran realizar un manejo hospitalario, es decir, que es ingresada y ocupa cama censable, el registro de la atención deberá efectuarse en la Hoja de hospitalización, SINBA-SIS-14-P.

Dicho formato registra el tiempo transcurrido desde la atención y el egreso de hospitalización. Si el alta fuera menor a 24 horas de brindada la atención se registrará como corta estancia.

En este formato se deberá asentar el procedimiento clínico realizado, de acuerdo con los criterios médicos establecidos y en apego a las recomendaciones contenidas en el presente Lineamiento Técnico de Atención al Aborto Seguro en México.

■ **Formatos Primarios para el registro de atenciones a distancia de aborto seguro**

El personal de salud que otorgue atenciones a distancia relacionadas con el diagnóstico, la asesoría, el seguimiento y/o la evolución del proceso de aborto seguro deberá realizar el registro correspondiente en la Hoja Diaria de Atenciones a Distancia SINBA SIS 40 P.

En dicho instrumento deberán incorporarse las asesorías y seguimientos a distancia vinculados con aborto seguro, considerándose como un tema de salud susceptible de registro dentro de las acciones realizadas por el personal de salud.

■ **Consideraciones en la integración del Expediente para la de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)**

De conformidad con lo establecido en la NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, deberá integrarse al expediente clínico

la documentación correspondiente a los formatos de detección de violencia y evaluación de riesgo.

La información registrada en el expediente deberá sustentar de manera objetiva, clara y completa los diagnósticos médicos, evitando incluir apreciaciones subjetivas, juicios de valor o conclusiones ajenas al ámbito clínico, así como el uso de abreviaturas que comprometan la legibilidad o interpretación del registro. En los casos que involucren a niñas, niños o adolescentes (NNA), deberá emitirse el aviso correspondiente al Ministerio Público y a la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, conforme a la normatividad vigente y a los procedimientos institucionales aplicables.

Todas las instituciones que conforman el SNS deberán garantizar que, especialmente en estos casos y tratándose de poblaciones vulnerables indígenas o con discapacidad se brinde la información que permita la toma de decisiones de manera libre, consiente e informada y acceder así a su derecho a la salud. Para superar las barreras lingüísticas resulta necesario e idóneo establecer formalmente una

colaboración interinstitucional con intérpretes y traductores en lenguas indígenas y brindar atención en apego los protocolos vigentes establecidos en el sistema de salud.

Adicionalmente, y según la modalidad de atención (ambulatoria u hospitalaria), al expediente clínico deberá integrarse la Hoja de Registro de Atención por Violencia y/o Lesión, SINBA-SEUL-17-P, la cual documenta la agresión sexual manifestada por la usuaria y la consecuencia de mayor gravedad derivada de ésta, el embarazo forzado, que motiva la solicitud de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

■ Horizontes del registro de atenciones de aborto seguro

La CIE-11 es la última revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) adoptada por la Asamblea Mundial de la OMS publicada en 2019 y entró en vigor a inicios de 2022. Incorpora el conocimiento médico actual y estructuras de codificación clínicamente intuitivas para proveedores de atención médica, investigadores y tomadores de decisiones.

Tabla 10. Clasificación del Aborto en CIE 10 y CIE 11

CIE 10	CIE 11	
Capítulo XV Embarazo, Parto y Puerperio	Capítulo 18 Embarazo, Parto o Puerperio	
000 Embarazo ectópico 001 Mola hidatiforme 002 Otros productos anormales de la concepción 003 Aborto Espontaneo 004 Aborto médico 005 Otro aborto 006 Aborto no especificado 007 Intento fallido de aborto 008 Complicaciones consecutivas al aborto	JA00 Aborto JA01 Embarazo ectópico JA02 Embarazo molar JA03 Aborto retenido JA04 óvulo sin desarrollo embrionario o mola no hidatiforme JA05 Complicaciones después de un aborto, embarazo ectópico o molar JA0Z Embarazo que finaliza en aborto, sin especificación	JA00.0 Aborto espontáneo El aborto espontáneo (también conocido como aborto no intencional) es una pérdida espontánea del embarazo (es decir, embrión o feto) antes de las 22 semanas completas de gestación. Cuando no se disponga de información sobre la edad gestacional, utilice como criterio el peso al nacer inferior a 500 gramos. Los abortos espontáneos (abortos no intencionales) son distintos de los casos de aborto inducido. JA00.1 Aborto Provocado El aborto inducido (también conocido como interrupción artificial del embarazo) es la expulsión o extracción completa de un embrión o feto de una mujer (independientemente de la duración del embarazo), luego de una interrupción deliberada de un embarazo en curso por medios médicos o quirúrgicos, que no pretende dar como resultado un nacimiento vivo. Los abortos inducidos son distintos de los casos de aborto espontáneo y muerte fetal.

CIE 10	CIE 11
SIN CORRELATIVO	La interrupción artificial de un embarazo en curso está regulada por la ley y puede denominarse aborto legal, aborto inducido, reducción fetal u otras terminologías. Siempre que se ajuste a la definición de interrupción artificial del embarazo, deben ser consideradas por separado del aborto espontáneo o del mortinato y distinguirse claramente en las estadísticas. Aunque en algunos casos de interrupción artificial del embarazo en semanas gestacionales tardías pueden aparecer signos transitorios de vida, éstos nunca deben codificarse como aborto espontáneo o nacidos vivos”.

Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Guía de referencia de la CIE-11 (94). CNEGSSR, 2026.

Si bien aún se encuentra en proceso de transición a la CIE-11 el registro y codificación de los abortos espontáneos e inducidos se realizará en apego de los criterios establecidos en la Nota Técnica 4 Registro de la información en la Atención del aborto seguro⁸⁷.

⁸⁷ Centro Nacional de Equidad de Género Salud Sexual y Reproductiva. Nota 4 Registro de la información en la atención del abortoseguro. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegssr/documentos/materiales-tecnicos-de-violencia-de-genero-y-violencia-sexual?idiom=es>

■ Certificación de muerte fetal

La emisión del Certificado de Muerte Fetal (CMF) y el destino final de los restos fetales deben realizarse conforme a lo previsto en la normativa nacional. De acuerdo con las instrucciones del propio formato de CMF, *“este se expide para productos a partir de las 22 semanas de gestación. Es posible certificar productos de menos semanas sólo en caso de que la usuaria solicite los restos para darles destino final”*⁸⁸.

■ Manejo administrativo del Certificado de Muerte Fetal emitido en casos no reclamados

Cuando se trate de fetos con más de 22 semanas de gestación, deberá emitirse el Certificado de Muerte Fetal (CMF) conforme a las instrucciones establecidas en el formato oficial. El llenado del certificado no deberá involucrar a la persona usuaria con el fin de no revictimizarla, dado que la información requerida se encuentra registrada en el expediente clínico.

En caso de que la persona usuaria manifieste no desear o no estar en posibilidad de hacerse cargo del destino final de los restos fetales, deberá asentarse su dicho en el expediente clínico.

La institución deberá establecer los mecanismos, protocolos y/o rutas administrativas para la entrega al Registro Civil el original y las copias rosa y azul del CMF, conforme a los procedimientos legales aplicables.

Una vez certificada la defunción, se deberán remitir (original y las copias rosa y azul del CMF) a la oficina del Registro Civil correspondiente, a fin de formalizar el registro administrativo y legal del evento.

⁸⁸ Manual de Llenado del Certificado de Defunción y Certificado de Muerte Fetal Modelo 2022, Dirección General de Información en Salud, Pág. 64. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/seed/pdf/Manual_Llenado_CD_CMF_2022_20220930.pdf

Tabla 11. Distribución y resguardo de copias del certificado de muerte fetal

Color de copia	Instancia que conserva	Propósito
Original	Secretaría de Salud estatal	El personal de Registro civil debe remitir este original a la Secretaría de Salud para la captura e integración a la base de datos de muertes fetales estatales y nacional
Rosa	INEGI	El personal de Registro civil debe remitir esta primer copia al INEGI para su captura e integración.
Azul	Registro Civil	El Registro civil debe conservar esta segunda copia para su apéndice.
Verde	La unidad médica que certifica	La unidad médica que certifica la muerte fetal debe conservar esta tercera copia para la captura e integración de la información de mortalidad del sector salud.

Fuente: Elaboración en colaboración DGIS y CNEGSSR/DVI 2026.

6.2.6 Rutas de vinculación institucional

Contar con rutas de atención en los servicios de salud es fundamental para las instituciones que integran el SNS y para el personal de salud que forma parte de estas, ya que permiten brindar una atención integral, oportuna y de calidad a mujeres, niñas, adolescentes y demás personas con posibilidad de gestar. Dichas rutas contribuyen a la prevención de daños evitables e injustificados y garantizan el acceso efectivo a servicios de aborto seguro.

Vinculación Intrainstitucional. Es la acción que busca la coordinación y colaboración dentro de las instituciones pertenecientes al SNS en sus diferentes niveles de atención, como medida para garantizar el acceso a los servicios de aborto seguro sea oportuna con el menor tiempo de demora. Las estrategias de cooperación entre unidades de diferentes niveles de atención promueven la optimización de tiempo y recursos, y representan servicios integrales y eficientes para las usuarias.

Acciones sugeridas para favorecer la vinculación Intrainstitucional.

- Difundir en las instituciones pertenecientes al SNS el Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México, especialmente en unidades médicas donde se brinde atención al aborto.
- Colaborar de manera coordinada con las instituciones pertenecientes al SNS, a fin de garantizar el acceso efectivo y oportuno del aborto seguro, a través de generar acuerdos y compromisos que formalicen y establezcan rutas de atención libres de discriminación y violencia, con perspectiva de género y enfoque intercultural e interseccional.
- Establecer estrategias de capacitación con las instituciones pertenecientes al SNS, que incluya unidades médicas en las que se identifiquen negativas de atención de aborto seguro, exista una prevalencia importante del uso de legrado, sub registro o mala calidad del registro de las atenciones brindadas, dudas a nivel operativo en la aplicación del marco jurídico o con del abordaje clínico, consejería y/o sensibilización en la atención del aborto seguro. Se recomienda incluir los siguientes perfiles: personal directivo, jurídico, administrativo,

médico, de enfermería, estadística, codificadores, médicos en involucrados en la atención directa e indirecta del aborto seguro. Se recomienda priorizar la capacitación constante al personal que brinda atención directa.

- Contar con directorio el cual deberá actualizarse de forma periódica y difundirse a las unidades de los distintos niveles de atención, con el propósito de facilitar la referencia y contrareferencia oportuna de las usuarias que requieran servicios relacionados con la atención del aborto seguro.
- Establecer convenios, acuerdos, gestiones y/o mecanismos para brindar a las usuarias el traslado hacia la unidad médica de resolución en caso de requerirse o derivado de una urgencia médica.

En el proceso de atención se deberán identificar necesidades no satisfechas que puedan atenderse en otro servicio. Por lo anterior, es necesario que cada institución, tenga identificadas las acciones en las que les compete el seguimiento brindado a la usuaria la ubicación y horarios de atención que se requiera. Para ello se debe activar el mecanismo de referencia y contrarreferencia con servicios vinculados como podrían ser, entre otros:

- Servicios amigables para adolescentes.
- Servicios Especializados de Atención a la Violencia de Género y Sexual Servicios de prevención y control del VIH y el SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual.
- Servicios de detección y atención al cáncer de cuello uterino o de mama.
- Servicios de atención y detección de infecciones de transmisión sexual.
- Servicios de ginecología y obstetricia para evaluación del riesgo preconcepcional e infertilidad.
- Servicios de anticoncepción y planificación familiar
- Servicios de atención a adicciones.
- Servicios de salud mental.

Vinculación intersectorial. La vinculación intersectorial tiene lugar cuando dentro del sistema de salud no se cuenta con las atribuciones para atender ciertas necesidades de las usuarias que exceden el propósito de los servicios de salud.

Con base en el artículo 46 fracción VII de la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, se debe: canalizar a las víctimas a las instituciones que prestan atención y protección a las mujeres. La referencia se debe realizar de manera organizada con la finalidad de coordinar acciones en conjunto para el logro de objetivos en favor de las usuarias. Por ello, se deberá identificar las diferentes instituciones dentro de cada entidad que brinden servicios especializados entre las que se encuentran:

- Instancias de procuración de justicia: Procuradurías o fiscalías en atención y protección a niñas, niños y adolescentes, Ministerios Públicos, centros de justicia de las mujeres, institutos de las mujeres, fiscalías especializadas en atención a la violencia familiar y Centros de Atención a Víctimas a nivel estatal o municipal.
- Organizaciones civiles de derechos humanos en temas de salud sexual y reproductiva: que brinden acompañamiento de casos en materia de aborto.
- Organizaciones civiles que trabajen temas de género y violencia contra la mujer: que brinden atención especializada de refugio o centros de atención externos.
- Servicios de salud mental: para la atención de padecimientos previos referidos por la usuaria o detectados en la historia clínica.

Finalmente se resalta la importancia de generar estrategias de colaboración con actores que promuevan los derechos sexuales y reproductivos de mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacidad de gestar, desde estándares internacionales encaminados a la atención oportuna del aborto seguro.

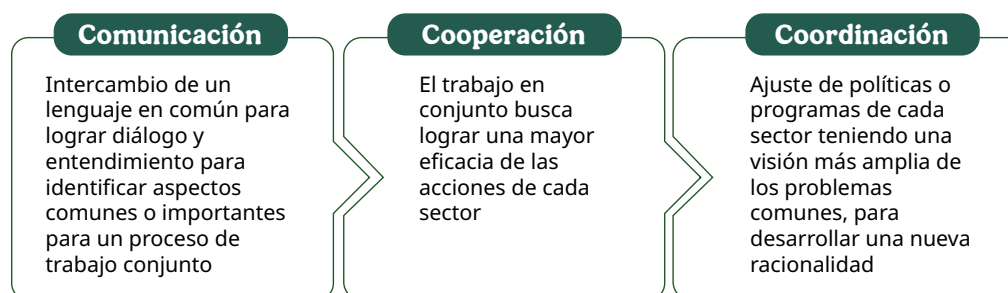


Figura 4. Procesos de vinculación

Fuente: Elaboración propia. CNEGSSR, 2026.

6.3 Ampliación de roles en la disponibilidad de la atención

La atención del aborto seguro se reconoce como un servicio esencial que puede integrarse en la estrategia de tareas compartidas, la cual fomenta la capacitación de personal de salud con distintos perfiles, no limitándose únicamente al personal médico. Este enfoque tiene como objetivo ampliar la participación del personal y garantizar el acceso más amplio a una atención segura, eficaz y aceptable (109). Como ya se mencionó, en el primer trimestre de gestación del embarazo, puede practicarse un aborto seguro en el ámbito de la atención primaria y en medio ambulatorio, lo que aumenta aún más el acceso a los servicios.

Por lo anterior, la atención al aborto seguro bajo este enfoque reduce la necesidad de contar con personal de salud altamente especializado, y ofrece una opción no invasiva como lo es la atención con medicamentos, aspiración endouterina, así como dilatación y evacuación, que son sumamente aceptables y seguras para las usuarias (1).

El impacto de la atención al aborto seguro a través de la ampliación de las funciones se traduce en uso más eficiente de los recursos humanos, financieros y administrativos en las unidades de salud. Además de contribuir a la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas derivadas de los abortos inseguros.

Involucrar a otras profesiones, como partería profesional y enfermería, aumenta el acceso y mejora la calidad de la atención.

En México, la publicación de los lineamientos para la prescripción de medicamentos por parte del personal de enfermería fortaleció el marco normativo y de actuación para la ampliación de su rol en la Atención

Primaria de la Salud⁸⁹. En la atención del aborto seguro este instrumento favorece su participación, en el ámbito de sus competencias, en la valoración clínica, la consejería, la prescripción de medicamentos para atención del aborto en el primer trimestre de gestación, el seguimiento clínico y la provisión de anticoncepción posterior al aborto, contribuyendo a ampliar el acceso a una atención oportuna, integral y de calidad. Asimismo, el personal de enfermería que cuente con las competencias técnicas y la capacitación correspondiente podrá realizar la Aspiración Manual Endouterina (AMEU). **La Tabla 12 presenta las principales intervenciones que pueden ser desempeñadas por el personal de enfermería en el marco de la ampliación de roles para la atención del aborto seguro, de conformidad con la normatividad vigente.**

- Es imperativo enfrentar y transformar las barreras culturales que persisten dentro de las profesiones, las cuales obstaculizan la colaboración interdisciplinaria necesaria para brindar una atención de calidad.
- La formación educativa debe ser replanteada para integrar y valorar plenamente el enfoque de tareas compartidas, especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.
- Este proceso es fundamental para garantizar una atención más integral, eficiente y accesible.

Es importante mencionar, que tal y como se establece en la Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA-2025, Para establecimientos de salud y el reconocimiento de la partería, en la atención integral materna y neonatal, una partera profesional debidamente capacitada, puede proveer la atención de un aborto seguro, en estricto apego al marco jurídico en la materia y de conformidad con lo establecido en este lineamiento.

⁸⁹ ACUERDO por el que se emiten los Lineamientos que determinan el procedimiento y los criterios para la prescripción de medicamentos a los que deberán sujetarse las personas licenciadas en Enfermería, así como las personas pasantes, en servicio social, de las carreras referidas en el artículo 28 Bis de la Ley General de Salud. Publicado el 21/10/2025. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5770458&fecha=21/10/2025#gsc.tab=0

Tabla 12. Ampliación de roles para la atención del aborto seguro

		Médica/o especialista en ginecología y obstetricia	Médica/o especialista en medicina general y/o de familia	Médica/o (sin especialidad) +	Licenciada/o en enfermería y obstetricia "	Licenciada/o en enfermería general	Agente comunitaria / partera
Durante toda la atención							
Provisión de información sobre la atención del aborto y posaborto		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Consejería / Orientación ¹		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Preaborto							
Preparación del cuello uterino antes del aborto	Con medicación a cualquier semana	✓	✓	✓	✓	✓	⚙️✓ (a)
	Con dilatación osmótica a partir de las 12 semanas	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Aborto							
Aborto con medicamentos	Hasta las 12 semanas	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Más de 12 semanas ²	✓	✓	⚙️	⚙️	⚙️	⚙️
Aborto quirúrgico	Aspiración al vacío antes de las 14 semanas	✓	✓	✓	✓	✓	✗
	Dilatación y evacuación a partir de las 14 semanas	✓	✓ ***	⚙️ ***	⚙️ ***	✗	✗
Aborto retenido		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Muerte fetal intrauterina		✓	✓	⚙️	⚙️	⚙️	⚙️

	Médica/o especialista en ginecología y obstetricia	Médica/o especialista en medicina general y/o de familia	Médica/o (sin especialidad) +	Licenciada/o en enfermería y obstetricia "	Licenciada/o en enfermería general	Agente comunitaria / partera
Posaborto						
Atención y cuidados de seguimiento posaborto	✓	✓	✓	✓	✓	✓ (a)
Tratamiento médico del aborto incompleto sin complicaciones	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tratamiento con aspiración al vacío en la atención del aborto incompleto sin complicaciones	✓	✓	✓	✓	✓	✳️✓
Atención y cuidados iniciales de las complicaciones posaborto que no ponen en peligro la vida (atención de la hemorragia e infección)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tratamiento quirúrgico de las complicaciones	✓	✓	✳️✓	✳️✓	✳️✓	✳️✓
Consejería posaborto	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Anticoncepción posaborto						
Consejería en anticoncepción posaborto.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prescripción, administración y/o aplicación de métodos anticonceptivos posaborto	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Insertión y remoción de dispositivos intrauterinos	✓	✓	✓	✓	✓	✳️✓
Insertión y remoción de implantes subdérmicos	✓	✓	✓	✓	✓	✳️✓
Aplicación de anticoncep- tivos inyectables	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Oclusión tubaria bilateral	✓	✓	✓	✳️✓	✳️✓	✳️✓
Vasectomía	✓	✓	✓	✳️✓	✳️✓	✳️✓

- ¹ Se trata de un proceso focalizado e interactivo a través del cual una persona recibe voluntariamente apoyo, información y orientación no directiva por parte de una persona capacitada, en un entorno propicio para intercambiar abiertamente pensamientos, sentimientos, percepciones y experiencias personales (OMS, 2022 a, p. 42).
 - ² El personal de salud que realiza abortos o que asiste a personas que solicitan abortos a partir de las 12 semanas de gestación puede requerir apoyo profesional y de mentoría.
- + La OMS no se refiere específicamente a personas que sean médicas sin especialidad.
 " Incluye también a personas que trabajan como auxiliares de enfermería y como enfermeras auxiliares parteras.
 ** Incluye también a profesionales de la medicina tradicional y comunitaria.
 *** Incluye también a personas que son empleadas de farmacia, bajo supervisión de alguien con título farmacéutico universitario.
- (a) Cuando se asegure la continuidad del procedimiento.
 * Solo en caso de capacitación específica.

Referencias:

	Se recomienda	Es una recomendación firme a favor de la intervención.
	Se sugiere	Es una recomendación débil a favor de la intervención.
	No recomendada /no evaluar	Es una recomendación firme en contra de la intervención o que no fue evaluada por la OMS en sus últimas directrices sobre aborto.

Fuente: Elaboración propia con base en terminología utilizada por el grupo de personas expertas convocadas por la OMS para determinar el grado de solidez de las recomendaciones volcadas en las últimas directrices sobre atención en aborto de 2022.

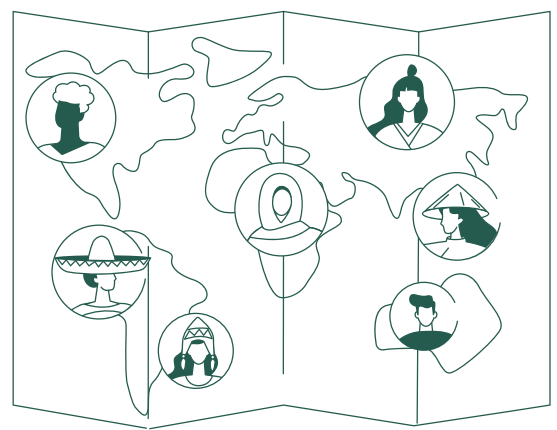
Desde salud pública, la ampliación de roles permite:

- Optimizar el uso de recursos humanos al habilitar a personal de medicina general, enfermería y partería profesional para realizar consejería, valoración clínica, administración de medicamentos y seguimiento.
- Incrementar la capacidad resolutive del primer nivel al facultar a personal de salud calificado para realizar AMEU en contextos ambulatorios.
- Reducir tiempos de espera y fortalecer la continuidad de la atención.
- Aumentar la equidad territorial en el acceso para adolescentes, población indígena, personas en movilidad y mujeres en zonas rurales.
- Esta estrategia es esencial para consolidar la atención del aborto seguro como una intervención accesible, oportuna y basada en evidencia, disponible en las unidades más cercanas al territorio.



7

Cobertura y
acceso a servicios
de aborto seguro
en el primer nivel
de atención



La atención al aborto seguro es una prioridad estratégica de salud pública reconocida en los ámbitos nacional e internacional. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando se realiza una valoración clínica adecuada y se atiende a usuarias sin comorbilidades o factores de riesgo, el aborto en el primer trimestre puede brindarse de forma ambulatoria mediante tecnologías seguras y costo-efectivas, como la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), la aspiración por vacío eléctrica y los regímenes farmacológicos con Mifepristona y Misoprostol. Estas intervenciones fortalecen la capacidad resolutive del primer nivel de atención, reducen la carga hospitalaria y amplían la cobertura territorial de servicios seguros.

En este contexto, el propósito central de este capítulo es establecer criterios operativos para la implementación universal de la AMEU y del aborto con medicamentos (con énfasis en los regímenes que incluyen Misoprostol solo o Mifepristona y Misoprostol) en el primer nivel de atención, a fin de avanzar hacia la erradicación progresiva y sistemática del Legrado Uterino Instrumental (LUI) como técnica de evacuación endouterina.

■ **Erradicación progresiva del Legrado Uterino Instrumental (LUI)**

El LUI continúa utilizándose de forma extendida para el manejo del aborto inducido y del aborto incompleto en México, pese a la existencia de alternativas sustancialmente más seguras, eficaces y costo-efectivas. Su persistencia constituye una brecha relevante entre la evidencia científica y la práctica clínica, con efectos adversos sobre la seguridad de las usuarias, la calidad de los servicios y la eficiencia del sistema de salud.

La adopción progresiva de la AMEU y del aborto con medicamentos en el primer nivel de atención es una intervención estratégica de salud pública destinada a sustituir definitivamente el LUI, mejorar la oportunidad de la atención y optimizar el uso de los recursos humanos y materiales del sistema, así como prevenir complicaciones asociadas a dicho procedimientos e incrementar el bienestar de las personas usuarias de los servicios de aborto seguro.

■ Aspiración por vacío (AMEU o aspiración eléctrica)

La aspiración por vacío es la técnica recomendada por la Organización Mundial de la Salud que puede realizarse hasta las 14 semanas de gestación por su elevada eficacia y baja tasa de complicaciones (menor al 1%). La realización del procedimiento con anestesia paracervical permite estancias breves y egreso oportuno, lo que favorece la atención ambulatoria y disminuye la demanda hospitalaria (110).

La técnica de AMEU ha mostrado beneficios clínicos y programáticos significativos frente al LUI: menor tasa de complicaciones, menores requerimientos analgésicos, ausencia de anestesia general, reducción del dolor postoperatorio, menor infraestructura requerida y costos sustancialmente más bajos. Su implementación en el primer nivel permite expandir la disponibilidad del servicio y fortalecer el acceso equitativo, especialmente en zonas rurales y de difícil acceso.

■ Aborto con medicamentos

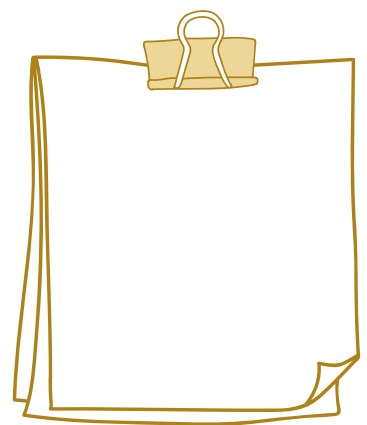
El aborto con medicamentos constituye una herramienta esencial para ampliar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de aborto seguro. Los regímenes combinados de Mifepristona y Misoprostol han demostrado mayor eficacia, menor duración del tratamiento y una utilización más eficiente de los recursos sanitarios (111).

Por su parte, el régimen con Misoprostol solo, además de ser económico, es fácil de almacenar, estable a temperatura ambiente y ampliamente disponible en América Latina, lo que lo convierte en una estrategia clave para entornos con recursos limitados. La eliminación de barreras legales y operativas que restringen su provisión ambulatoria fortalecería aún más la eficiencia global del sistema de salud (112).

La incorporación plena de AMEU y del aborto con medicamentos en el primer nivel de atención requiere una ampliación estratégica de roles del personal de salud, alineada con las recomendaciones de la OMS y con modelos de atención primaria más resolutivos y equitativos.

Ofrecer la AMEU a nivel local permite ampliar la disponibilidad del servicio y reducir los tiempos de espera, características muy valoradas por muchas mujeres. Requiere menos personal especializado, evita la necesidad de anestesia general, camas hospitalarias y quirófanos (113). Estos factores contribuyen a menores costos que pueden trasladarse a las pacientes. Además, al requerir dosis bajas de analgésicos, la AMEU se puede realizar de manera ambulatoria, lo que facilita que un mayor número de profesionales de la salud en unidades básicas puedan brindar esta atención segura y eficaz, ampliando así la cobertura y mejorando la eficiencia del sistema de salud (114).

Anexos



Anexo 1. Causas/supuestos de Aborto Legal en México

Entidad federativa	Impunidad o Accidental (culpos)	Violación	Victima de trata o lenocinio	Inseminación no consentida	Correr peligro	Peligro de muerte	Daño a la salud	Alteraciones genéticas o congénitas	Razones económicas	Negativa en primer trimestre de gestación	Omisión de informes sobre acceso al aborto	Trastorno ginecológico	Razones médicas	Autonomía reproductiva (LE)	Obstáculo o privación de libertad
Aguascalientes [§]	●	●						●						●	
Baja California [§]	●	●		●			●	●						●	
Baja California Sur [§]	●	●		●		●	●	●		●				●	
Campeche [§]	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●				●	
Chiapas [§]	●	●		●		●		●						●	
Chihuahua ^{**}	●	●		●			●							●	
Ciudad de México [*]	●	●		●			●	●						●	
Coahuila ^{**}	●	●		●		●	●	●						●	
Colima [*]	●	●		●		●	●	●		●	●			●	
Durango	●	●				●									
Estado de México [*]	●	●		●		●	●	●		●		●		●	●
Guanajuato	●	●													
Guerrero [*]	●	●		●		●	●	●		●				●	
Hidalgo [*]	●	●		●		●	●	●						●	
Jalisco [*]	●	●		●		●	●	●						●	
Michoacán [*]	●	●		●					●	●			●	●	
Morelos	●	●		●		●		●							
Nayarit [*]		●				●	●	●						●	
Nuevo León		●				●	●								
Oaxaca [*]	●	●		●		●	●	●						●	
Puebla [§]	●	●		●		●		●						●	
Queretaro [*]	●	●													
Quintana Roo	●	●		●		●	●	●						●	
San Luis Potosí [*]	●	●		●		●	●	●	●	●				●	
Sinaloa [*]	●	●		●		●	●	●				●		●	

Entidad federativa	Imprudencia o Accidental (culposo)	Violaación	Victima de trata o lenocinio	Inseminación no consentida	Correr peligro	Peligro de muerte	Daño a la salud	Alteraciones genéticas o congénitas	Razones económicas	Negativa en primer trimestre de gestación	Omisión de informes sobre el aborto	Trastorno ginecológico	Razones médicas	Autonomía reproductiva (ILE)	Obstáculo o privación de libertad
Sonora	●	●													
Tabasco		●		●										●	
Tamaulipas	●	●				●									
Tlaxcala	●	●		●		●	●							●	
Veracruz	●	●		●		●	●							●	
Yucatán	●	●		●			●	●						●	
Zacatecas	●	●		●		●	●							●	
Código Penal Federal **	●	●												●	

Observaciones Generales: El presente cuadro contiene todos los supuestos que hacen procedente la practica de un aborto previsto tanto en la legislación local y en la legislación federal, por lo que no se limita únicamente a las causales previstas en los códigos penales, sino que atendiendo al principio pro persona en el que las autoridades tienen la obligación de elegir el criterio jurídico que más le garantice sus derechos a la persona, deberá utilizarse por el personal de salud como una referencia para que identifique todos los supuestos que hacen procedente la práctica de un aborto y elija lo que más se adecue a la situación específica de la usuaria para proteger su salud integral.

***Nota 1:** actualmente son 22 entidades federativas que modificaron su código penal para poder llevar a cabo la ILE, la mayoría hasta las 12.6 semanas de gestación, salvo dos excepciones:

- Aguascalientes que cuenta con ILE hasta las 6.6 semanas de gestación (pendiente de resolverse Controversia Constitucional por reducción de plazo de 12 a 6 SDG)
- Sinaloa que cuenta con ILE hasta las 13.6 semanas de gestación

****Nota 2:** también se reconoció la ILE en 4 sentencias de la Corte que declaran la invalidez de las disposiciones jurídicas penales que criminalizan el aborto voluntario en Coahuila, Chihuahua, Tlaxcala y en el Código Penal Federal. Sin embargo, se precisa que, dado que la Sentencia de Acción de Inconstitucionalidad 148/2017 que resolvió la inconstitucionalidad de la criminalización del aborto voluntario, es un precedente obligatorio en todo el país, esta atención de ILE es susceptible de proporcionarse en todo México en apego a un marco constitucional y de protección a la salud.

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de la legislación local, federal aplicable, así como las resoluciones judiciales emitidas por la suprema Corte de justicia en la materia. Los datos contenidos están actualizados a la fecha de la emisión del presente lineamiento y son susceptibles de cambiar a partir de las sentencias y reformas legislativas que se emitan posteriormente, por lo que se sugiere consultar directamente la legislación aplicable. CNEGSSR 2026.

Anexo 2. Manejo del dolor y paliativos

Fármaco	Dosis	Indicación
Ibuprofeno	400 a 800mg por vía oral, 1 hora antes de la toma de misoprostol (tanto para aborto farmacológico como para AMEU) y luego cada 8 horas en caso de dolor, máximo 3 días.	Analgésico
Ketorolaco	1 Hora antes de la toma del misoprostol (tanto para aborto farmacológico como para AMEU): 10-30mg por vía oral o sublingual cada 8h, en caso de dolor, máximo 3 días; o 30mg por vía intravenosa en un plazo de 15 segundos, de 30 a 60 minutos antes de la AMEU; o 60mg por vía intramuscular 1 hora antes del procedimiento. Las dosis se reducen a la mitad cuando el peso corporal sea menor a 50Kg.	Analgésico
Paracetamol	1gr por vía oral cada 8 horas, en caso de temperatura mayor a 38°C o alergia a los AINES para manejo del dolor.	Antipirético
Loperamida	2mg por vía oral cada 8 horas, no suele requerirse más de un día.	Antidiarreico
Metoclopramida	10mg por vía oral cada 8 horas, no suele requerirse más de un día.	Antiemético
Dimenhidrinato	50mg por vía oral cada 8 horas, no suele requerirse más de un día.	Antiemético
- Un manejo conductual del dolor mediante el acompañamiento a la usuaria durante el procedimiento, con un trato respetuoso y empático y la colocación de una almohadilla térmica o una bolsa de agua caliente en la región abdomino-pélvica pueden mejorar la percepción del dolor, pero no sustituyen el manejo analgésico farmacológico. - Para el manejo de narcóticos, ansiolíticos, de sedación o anestesia regional, se debe interconsultar al personal de anestesiología, de así requerirse.		

Fuente: Adaptado de Ipas, 2023.

Anexo 3. Técnica de Aspiración Manual Endouterina

1. Preparación

- 1.1** Previo consentimiento informado, solicitar que pase al sanitario y vacíe la vejiga. Verificar la funcionalidad del equipo (lubricación, ensamblado, etc.).

1.2 Medidas preventivas:

a. Manejo del dolor:

Medidas no farmacológicas antes durante y después del procedimiento, tales como el manejo conductual del dolor (brindar acompañamiento, trato empático y respetuoso, apoyo verbal) y aplicar una almohadilla térmica o bolsa de agua caliente sobre la región abdomino-pélvica.

Ibuprofeno, 400 a 800 mg por vía oral (valorar otro analgésico, antiinflamatorio no esteroideo en caso de alergia). Una opción a la vía oral es la administración intramuscular o intravenosa de ketorolaco 30mg en un plazo de 15 segundos, de 30 a 60 minutos antes del procedimiento, previo a la administración del misoprostol para la preparación cervical.

b. Profilaxis antibiótica antes de la aspiración:

200 mg de doxiciclina por vía oral, una hora antes del procedimiento; o 500 mg de azitromicina por vía oral, una hora antes del procedimiento; o 500mg de metronidazol por vía oral, antes del procedimiento. Si no se cuenta con la posibilidad de ofrecer la profilaxis, no debe retrasarse el manejo resolutivo.

Cuando durante la exploración se identifiquen datos clínicos de infección, el esquema farmacológico será a dosis terapéuticas y tampoco debe retrasar el procedimiento.

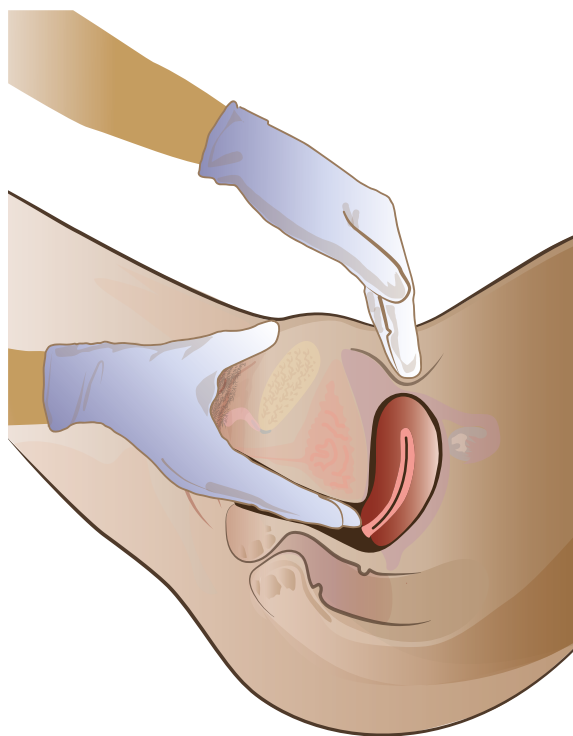
c. Preparación cervical con misoprostol a dosis de 400 mg por vía sublingual, de 1 a 3 horas antes del procedimiento o por vía vaginal o bucal 3 horas antes del procedimiento.

En caso de alergia al misoprostol se pueden emplear dilatadores osmóticos, colocados 6 a 24 horas antes del procedimiento. Cuando se cuente con mifepristona, se pueden administrar 200mg por vía oral 1 o 2 días antes del procedimiento.

1.3 Exploración bimanual para determinar la posición del útero, la orientación del fondo uterino con relación al cérvix, firmeza del útero, modificaciones cervicales.

1.4 Preparación antiséptica del cérvix con clorhexidina o compuesto yodado, previa colocación gentil del espéculo vaginal.

1.5 Bloqueo paracervical, habiendo colocado el espéculo y realizado el aseo cervical, se prepara una jeringa con 20 ml de solución de **lidocaína al 1% y una aguja con longitud de 3 cm; o bien 10 ml de lidocaína al 2%** (sin sobrepasar los 4.5mg/ Kg o 200mg en total). Si se cuenta con bicarbonato de sodio al 8.4%, se adiciona 1ml por cada 10ml de solución anestésica. Se debe aspirar previo a la infiltración para evitar una administración intravascular.

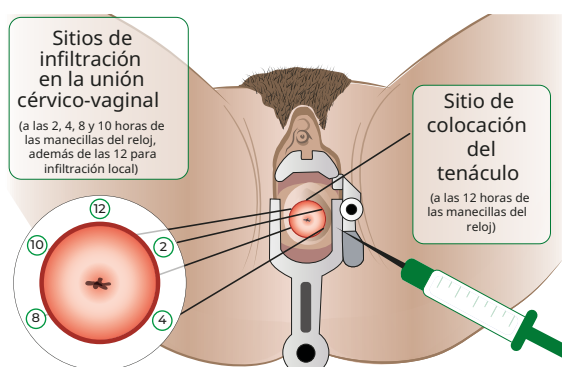


Fuente: Elaboración propia con base en IPAS, 2020.

Se administran 2ml de lidocaína superficialmente en el labio anterior del cérvix, en el radio de las 12, antes de colocar ahí el tenáculo con el que se sujetará el cérvix. La lidocaína restante se infiltra en cantidades iguales y muy lentamente en la unión cérvico-vaginal, a las 2, 4, 8 y 10 horas (con una profundidad de 3cm para ofrecer un mejor alivio del dolor que con la administración superficial) y se inicia el procedimiento. Cabe señalar, que esta estrategia analgésica por sí sola no será eficaz para el manejo del dolor asociado con la expulsión fetal durante el aborto con medicamentos más allá del primer trimestre.

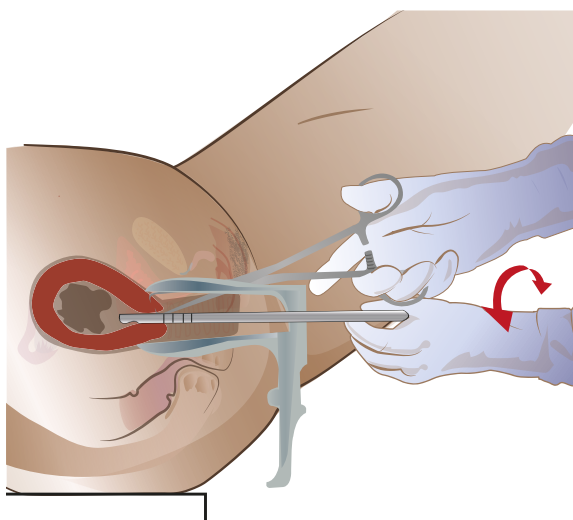
2 Procedimiento de aspiración

2.1 Con el cérvix fijo entre las valvas del espéculo, se realiza tracción gentil con el tenáculo colocado en labio superior, radio de las 12, y se introduce la cánula plástica del diámetro mínimo acorde a las semanas de gestación y a las modificaciones cervicales, a través del cérvix, hasta pasar el orificio cervical interno (tomándola de su extremo distal y evitando que el extremo proximal que entrará a la cavidad uterina se contamine con las paredes vaginales). Al llegar al fondo uterino, se retira la cánula de 1-2cm.



Fuente: Elaboración propia con base en IPAS, 2020.

2.2 Se conecta la cánula al aspirador preparado (con el aro de seguridad en su lugar con los clips dentro de los respectivos orificios del cilindro, con los botones de la válvula cerrados y con los brazos del émbolo abiertos y apoyados en la base del cilindro), se oprimen los botones para liberar el vacío y se procede a evacuar el contenido uterino, desplazando suave y lentamente la cánula con movimientos de rotación de 180° en cada dirección y, simultáneamente, ejerciendo un movimiento de adentro hacia afuera.



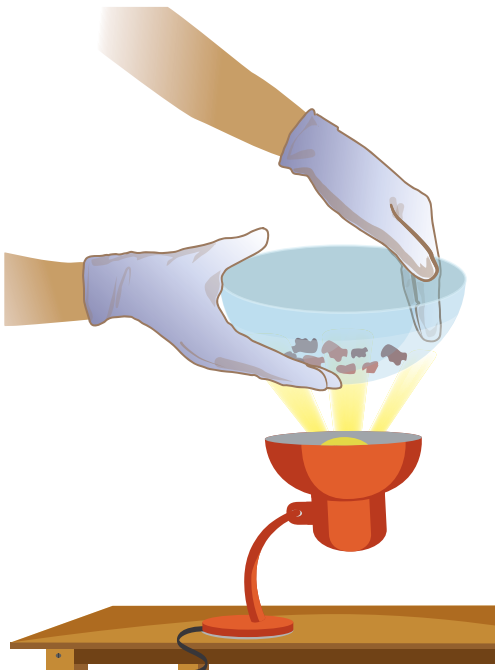
2.3 Cuando se observe el paso de contenido espumoso rojo o rosa sin restos ovulares a través de la cánula, se perciba una sensación de aspereza a medida que la cánula se desliza sobre la superficie del útero vacío, este se contraiga alrededor de la cánula y la usuaria refiera cólico, se finalizará el procedimiento, oprimiendo los botones hacia adentro y hacia adelante y se desconectará la cánula del aspirador.

Fuente: Elaboración propia con base en IPAS, 2020.

2.4 Verificar la hemostasia previa al retiro del espéculo vaginal: ausencia de sangrado por el orificio cervical o los puntos de aplicación del tenáculo, en cuyo caso, bastará con ejercer presión directa con una gasa montada o torunda por algunos minutos.

2.5 Se recomienda vaciar el contenido del aspirador en un recipiente para su inspección visual: esto permite confirmar que el procedimiento ha sido completo al constatar la presencia de restos ovulares consistentes con la edad gestacional y descarta la posibilidad de embarazo ectópico (salvo los casos sumamente infrecuentes de embarazo heterotópico).

2.6 Cuando así corresponda, se sugiere preservar una muestra de dicho material como evidencia forense, con el cuidado de no solicitar a la usuaria que constate los hallazgos físicos.



2.7 El prestador del servicio iniciará el procesamiento del instrumental tan pronto como termine la aspiración, debiendo sumergir el equipo en agua mientras se lava y somete a desinfección de alto nivel o a esterilización (ver Anexo 7).

Fuente: Elaboración propia con base en IPAS, 2020.

3 Procedimientos complementarios:

3.1 Anticoncepción post aborto (previa aceptación de la usuaria y consentimiento informado):

- a. La colocación de un dispositivo intrauterino se puede realizar antes de retirar el espéculo (a menos de que se haya identificado proceso infeccioso intrauterino).
- b. El implante subdérmico, puede colocarse antes de procedimiento o una vez que terminó, antes de que la usuaria se levante de la camilla.
- c. Los métodos de acción corta se pueden iniciar el mismo día que se realiza la aspiración, pero se recomienda priorizar los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada. Se debe suministrar también método de barrera para doble protección y anticoncepción de emergencia.

3.2 Comunicar a la usuaria que el procedimiento ha terminado.

Debe continuar la vigilancia de su estado clínico, signos vitales, verificar que se encuentre acompañada, continuar atendiendo sus necesidades hasta el momento del egreso en óptimas condiciones. Es necesario proporcionarle por escrito los datos de alarma y el seguimiento que corresponda.

Anexo 4. Cuadro clínico y clasificación del choque hipovolémico ATLS (Advanced Trauma Life Support) (102)

Parámetro	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Pérdida sanguínea estimada (mL)	750	750-1500	1500-2000	>2000
Pulso	<100	100-120	120-140	>140
Presión arterial (mmHg)	Normal	Normal	Disminuida	Disminuida
Presión de pulso (mmHg)	Disminuida	Disminuida	Disminuida	Disminuida
Frecuencia respiratoria	14-20	20-30	30-40	>40
Estado mental	Ansiedad	Ansiedad	Ansiedad - confusión	Confusión- Letargia
Pérdida sanguínea (% de volumen sanguíneo)	15	15-30	30-40	>40
Reemplazo de líquidos	Cristaloides	Cristaloides	Cristaloides + Paquete Globular	Cristaloides + Paquete Globular

Fuente: IMSS, 2017.

Anexo 5. Escala obstétrica modificada qSOFA para la evaluación de la falla orgánica (103)

Parámetros	Puntaje		El estado mental alterado o una puntuación >2 se asocia con un incremento significativo de la morbilidad en las mujeres embarazadas
Presión arterial sistólica	≤100 mmHg	1	
Frecuencia respiratoria	>22 Respiraciones/min	1	
Estado mental alterado	Glasgow <15	1	

Fuente: Torres-Torres J, *et al.*, 2021.

Anexo 6. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (107,108)

	Criterio clínico	Criterio clínico limitado
CATEGORÍA 1	Condición para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo. El método se usa en cualquier circunstancia.	Se puede usar
CATEGORÍA 2	Condición en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados. En general, se usa el método	
CATEGORÍA 3	Condición en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método. En general, no se recomienda el método a menos que no se disponga de otros más apropiados o los disponibles no sean aceptables.	No se usa el método
CATEGORÍA 4	Condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el método. No se usa el método.	

Recomendaciones relacionadas con la seguridad en el uso de los métodos anticonceptivos. Las prioridades para la clasificación fueron establecidas con base en la posibilidad de que el método anticonceptivo empeore una condición médica preexistente o genere riesgos adicionales para la salud y, además, si la circunstancia médica reduce la eficacia del método anticonceptivo.

Fuente: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (OMS 2025).

Anexo 7. Procesamiento del equipo de AMEU (115)

Información básica sobre la prevención de infecciones:

- Lávese las manos inmediatamente antes y después de tener contacto con cada usuaria. Considere que la sangre y los líquidos corporales pueden estar contaminados.
- Use barreras de protección personal (guantes, batas, protección facial, calzado) cuando se prevea que habrá contacto con sangre u otros líquidos corporales. Evite perforaciones en la piel, en particular cuando maneje punzocortantes.
- Utilice la técnica de no tocar: el extremo de la cánula, o de cualquier otro instrumento que se introduzca en el útero, no debe de tocar jamás las superficies no estériles (incluidas las paredes vaginales).

1 Preparación para el momento de uso

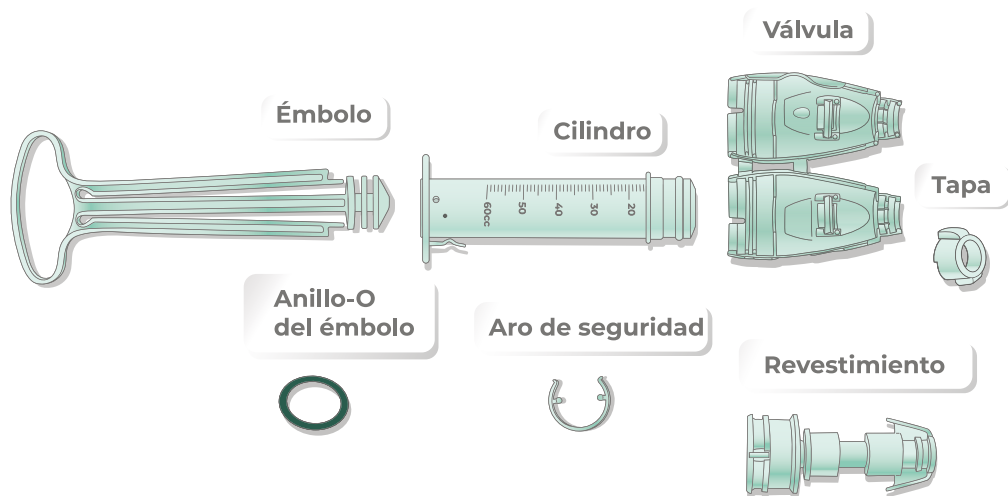
- Inmediatamente después del procedimiento, los aspiradores y cánulas que vayan a ser reutilizados deben mantenerse mojados hasta que se laven.
- Remoje, enjuague o rocíe el instrumental con agua o con rociador enzimático. No use cloro ni solución salina.

2 Lavado y desarmado del instrumental

- Con guantes y máscara protectora, lave minuciosamente todos los instrumentos con agua tibia y preferentemente con detergente, no jabón.
- Desarme el aspirador retirando el cilindro fuera de la válvula. Con una mano, oprima las trabas para quitar la tapa; con la otra mano, jale la tapa.
- Abra el cuerpo de la válvula con bisagras abriendo la abrazadera. Coloque el pulgar derecho junto al botón derecho de la válvula y el pulgar izquierdo en el cierre de la válvula. Con el pulgar izquierdo, jale el cierre de la válvula hacia arriba y hacia la izquierda mientras que, con el pulgar derecho, ejerce presión hacia abajo y hacia fuera en el cuerpo de la válvula. Retire el revestimiento de la válvula.

- Para desconectar el aro de seguridad, deslícelo lateralmente por debajo del clip de sujeción, o bien desconéctelo por completo del cilindro.
- Retire el émbolo completamente del cilindro. Para desplazar el anillo-O del émbolo, apriételo por los lados y deslícelo hacia abajo hasta colocarlo en la ranura.
- Antes de continuar con el procesamiento del instrumental, este debe estar completamente limpio. Si hay restos ovulares en la punta de la cánula, enjuáguela a presión con agua varias veces o use un aplicador con punta de algodón, un cepillo de cerdas suaves o un paño suave para sacar delicadamente el material. Si es imposible sacar la sangre o los restos ovulares del instrumental durante el lavado pese a repetidos intentos, deseche el instrumental.

Precaución: No utilice objetos punzocortes para limpiar la pieza de la válvula o para retirar el anillo-O. Esto podría causar daños e impedir que el aspirador conserve el vacío.



Fuente: Elaboración propia, CNESSR, 2024.

3 Opciones para el procesamiento

Existe el riesgo de que algunos contaminantes de una usuaria anterior se introduzcan en el cuerpo de otra si el aspirador no es procesado completamente: remojado, lavado y esterilizado o sometido a desinfección de alto nivel (DAN) entre cada uso. El aspirador debe estar completamente desarmado para todos los métodos de procesamiento. Las cánulas deben ser esterilizadas o procesadas con DAN antes de reutilizarse y deben encontrarse estériles o procesadas con DAN al momento de introducirse en el útero.

Los agentes químicos de procesamiento son sustancias peligrosas, use equipo de protección personal y consulte las instrucciones de seguridad del fabricante para establecer un uso seguro. Los siguientes métodos se mencionan en orden de eficacia decreciente.

Esterilización

- Somete el instrumental a autoclave de vapor, envuelto en tela o papel durante 30 minutos a 121 °C (250°F) y 106kPa. No use otros parámetros específicamente parámetros más altos ("autoclave flash"). Acomode el paquete de manera que quede plano en el autoclave para evitar que se doblen las cánulas.
- Sumerja el instrumental completamente en una solución de glutaraldehído al 2% (Cidex® o equivalente) durante el tiempo recomendado por el fabricante el tiempo más recomendado son 10 horas).
- Sumerja el instrumental completamente en solución Sporox® II y deje en remojo durante seis horas.

Desinfección de alto nivel

- Hierva durante 20 minutos. Si sujeta las cánulas mientras están calientes, éstas podrían aplanarse. Deje que el agua se enfríe antes de sacarlas y sujételas de la base.
- Sumerja el instrumental completamente en una solución de cloro al 0.5% y déjelo inmerso 20 minutos. Cambie la solución de cloro una vez al día o con más frecuencia, si ésta se enturbia.
- Sumerja el instrumental completamente en una solución de glutaraldehído al 2% (Cidex®o equivalente) durante el tiempo recomendado por el fabricante (las recomendaciones varían de 20 a 90 minutos).
- Sumerja el instrumental completamente en una solución de Sporox® II y déjelo inmerso durante 30 minutos.
- Después de procesar el instrumental de AMEU Si se utilizaron agentes químicos en el procesamiento, las cánulas deben enjuagarse minuciosamente después del mismo, ya sea con agua hervida (para instrumental sometido a DAN) o estéril (si el instrumental fue esterilizado). Todas las piezas del aspirador se deben enjuagar minuciosamente con agua limpia y potable.

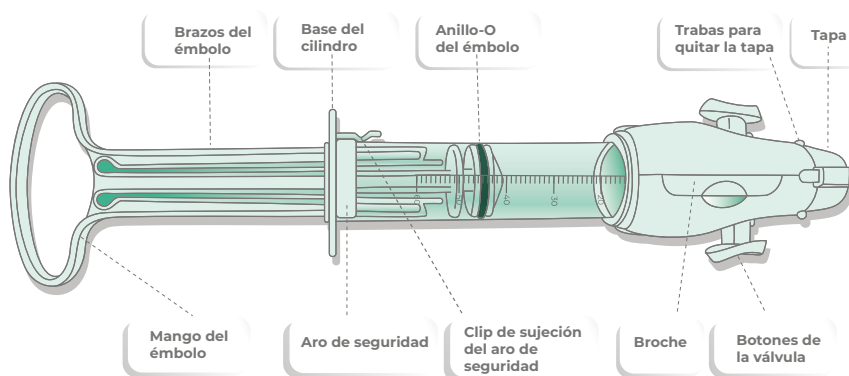
4 Almacenamiento indicado o uso inmediato

Almacenamiento

- Los aspiradores pueden ser secados, el anillo-O lubricado y el instrumental rearmado y guardado en un área limpia y seca hasta su uso. No es necesario que el aspirador permanezca desinfectado a alto nivel o estéril al momento de utilizarse.
- Las cánulas deben permanecer estériles o desinfectadas a alto nivel hasta su próximo uso. Guárdelas en recipientes estériles o desinfectados a alto nivel para conservar el nivel en que fueron procesadas y manéjelas por el extremo de la base.
- El instrumental que haya sido procesado con métodos líquidos, debe ser reprocesado diariamente.

Armado y uso

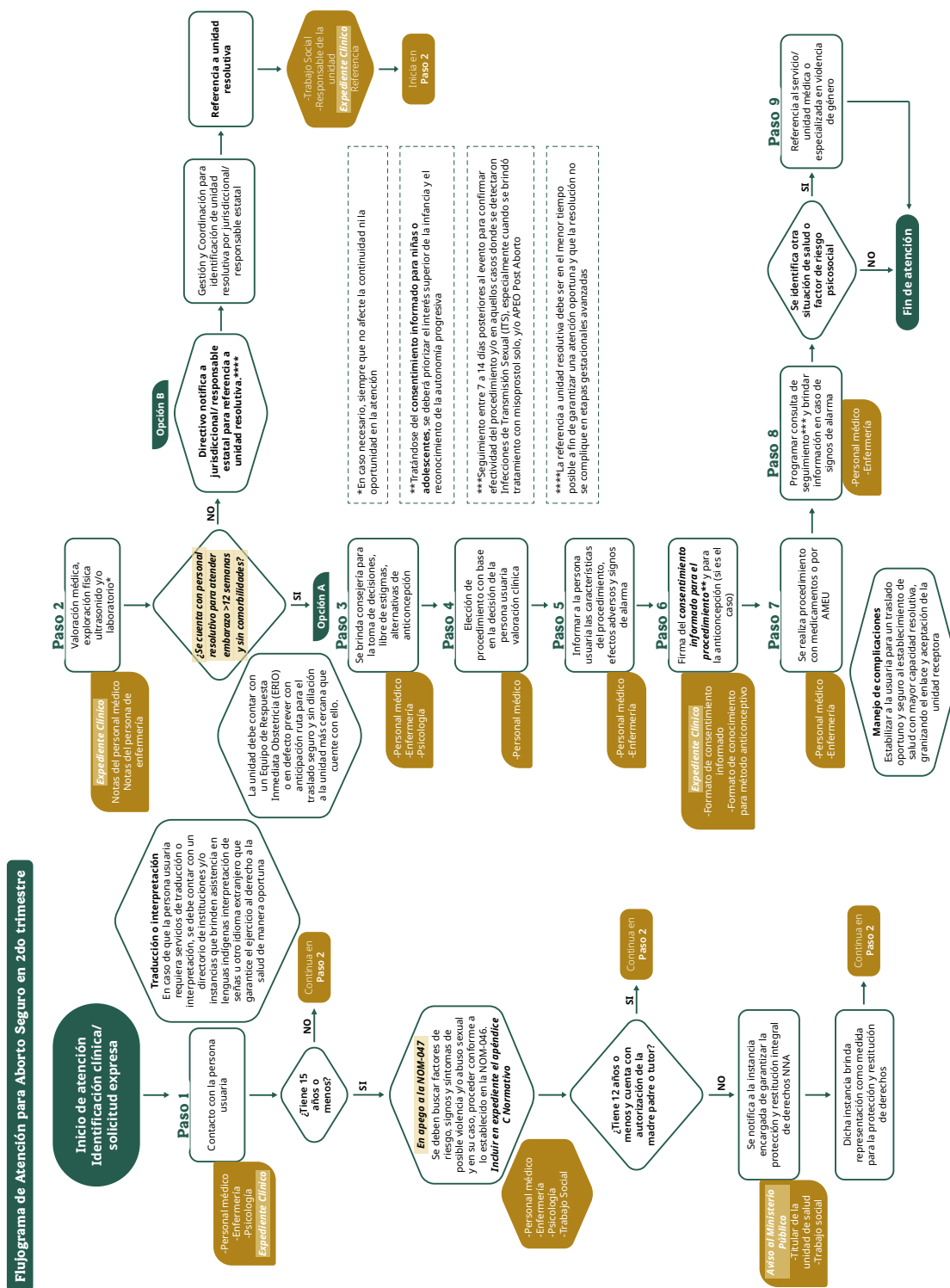
- Antes de su uso, rearme y lubrique el aspirador y verifique que conserve el vacío.
- Coloque el revestimiento de la válvula en su posición correcta dentro de la válvula, alineando las ranuras internas. Cierre la válvula hasta que encaje en su lugar. Coloque la tapa en su lugar en el extremo de la válvula. Empuje el cilindro dentro de la base de la válvula sin torcerlo.
- Coloque el anillo-O del émbolo en la ranura en el extremo del émbolo y lubríquelo, esparciendo una sola gota de lubricante alrededor del anillo con la punta del dedo. Se puede utilizar silicona u otros lubricantes no derivados del petróleo. Apriete los brazos del émbolo e insértelo completamente dentro del cilindro. Desplace el émbolo hacia dentro y hacia afuera para lubricar el cilindro e introduzca las trabas del aro de seguridad en los orificios del mismo.
- Verifique la capacidad de retención del vacío, empujando en los botones hacia abajo (hacia adentro) hasta que se aseguren en posición y jalando el émbolo hacia atrás, hasta que los brazos del mismo se aseguren en posición. Deje el aspirador en esta posición dos a tres minutos y después jale los botones. Deberá oírse la irrupción de un flujo de aire, lo cual indica que el aspirador conservó el vacío.
- Si no oye la irrupción de aire, saque el émbolo. Verifique que el aspirador y el anillo-O del émbolo no tengan partículas extrañas ni grietas. Si después de probarse el aspirador aún pierde el vacío, se debe desechar.



Fuente: Elaboración propia, CNESSR, 2024.

Fuente: Elaboración propia, CNESSR 2026.

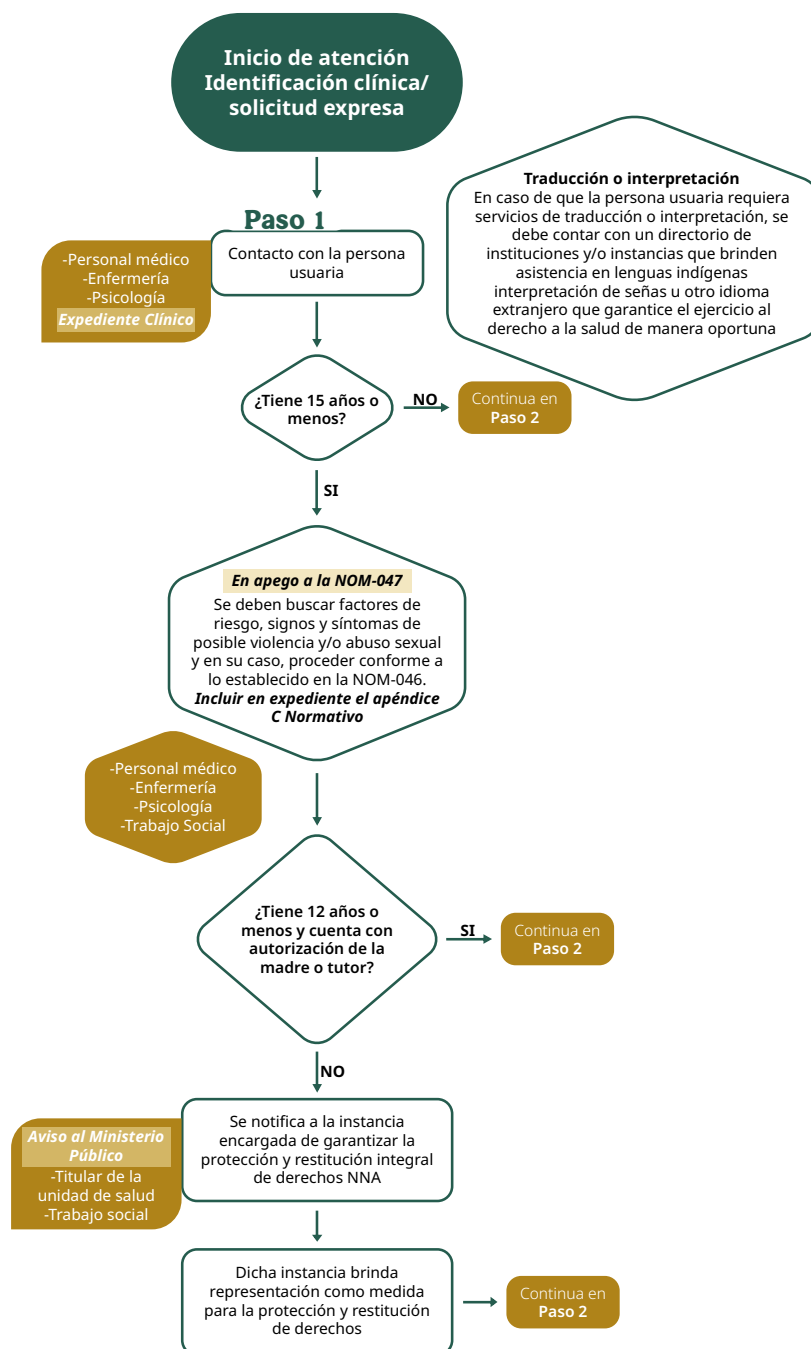
Anexo 9. Flujiograma de Atención para Aborto Seguro en 2do Trimestre



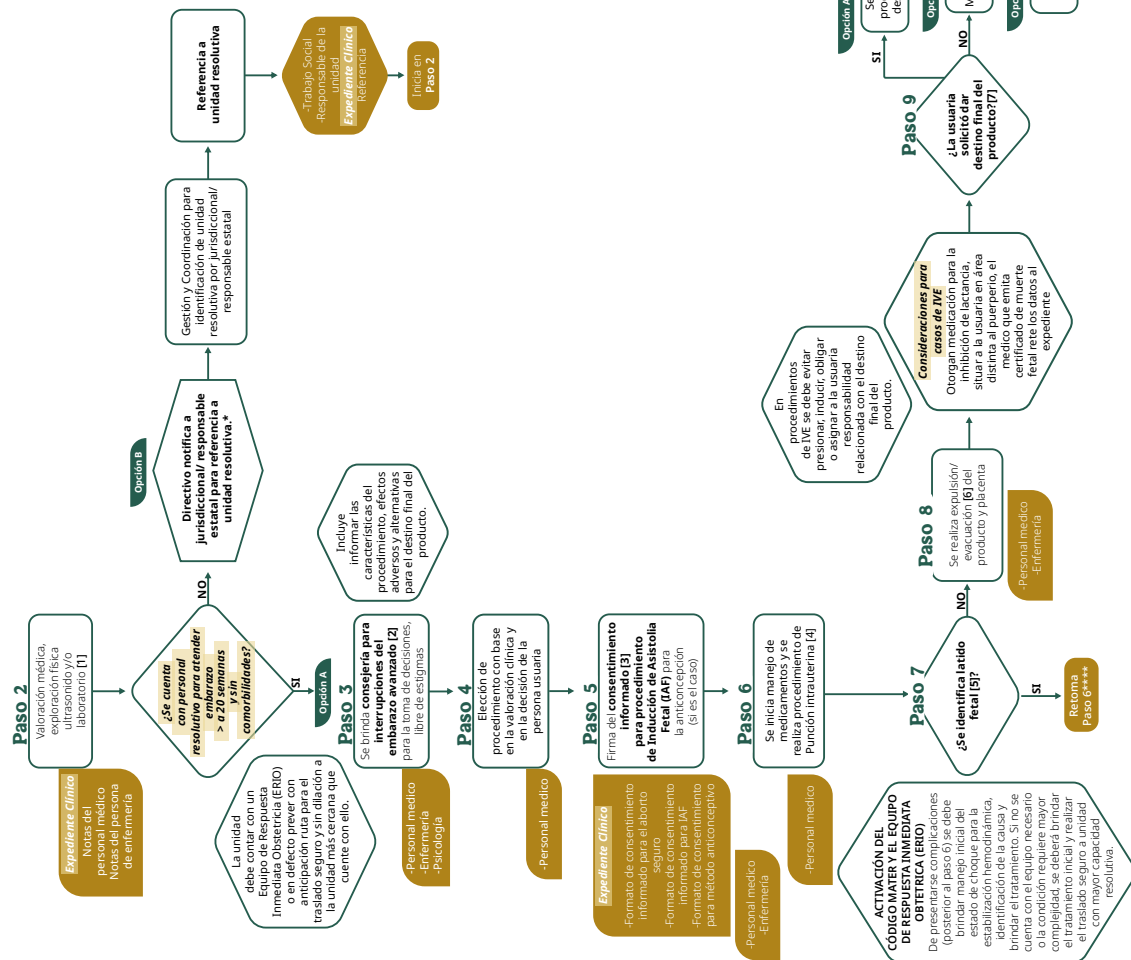
Fuente: Elaboración propia, CNESSR, 2026.

Anexo 10. Flujograma de Atención para Aborto Seguro en Etapa Gestacional Avanzada, Parte 1

Flujograma de Atención para Aborto Seguro en Etapa Gestacional Avanzada



Anexo 10 Bis. Flujoograma de Atención para Aborto Seguro en Etapa Gestacional Avanzada, Parte 2



Fuente: Elaboración propia, CNESSR, 2026.

Referencias bibliográficas y documentos de consulta



1. World Health Organization. Abortion care guideline, second edition. Geneva: World Health Organization; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240104204>
2. World Health Organization. Clinical practice handbook for quality abortion care [Internet]. Geneva: WHO; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240075207>
3. Ganatra B, Tunçalp Ö, Johnston H, Johnson BR, Gülmezoglu A, Temmerman M. From concept to measurement: Operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bull World Health Organ* 2014;92:155; 10.2471/BLT.14.136333.
4. Kuberska K, Turner S. The presence of absence: Tensions and frictions of pregnancy losses—An introduction. *Womens Stud Int Forum* [Internet]. 2019; 74: 91–3. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2019.03.009>
5. Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024. Diario Oficial de la Federación, 17 de agosto del 2020. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020
6. Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2020 - 2024. Diario Oficial de la Federación, 22 de diciembre del 2020. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608467&fecha=22/12/2020
7. Naciones Unidas (2018), La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3), Santiago. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
8. Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes. Guía para implementación de Ruta para la Atención y Protección Integral de Niñas y Adolescentes Madres y, o Embarazadas Menores de 15 años. Disponible en: <https://www.gob.mx/sipinna/documentos/guia-para-implementacion-de-ruta-para-la-atencion-y-proteccion-integral-de-ninas-y-adolescentes-madres-y-o-embarazadas-menores-de-15-anos>
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo: UNFPA; 1994. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
10. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N°22 (2016) relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Ginebra: UNFPA; 2016. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and>

11. Congreso de la Ciudad de México, I Legislatura. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la Ciudad de México. Gaceta Oficial del Distrito Federal, 29 de enero del 2008. México; 2008. Disponible en: <https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/b8c20cde1fdcfbe22c80c88b6b60a510c4fb3383.pdf>
12. Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México. Violaciones al derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica. Tratos inhumanos en contra de una víctima y sobreviviente de violencia obstétrica y de sus familiares. Recomendación 05/2019.2019. CDHCDMX; 2019. Disponible en: <https://cdhcm.org.mx/2019/07/recomendacion-05-2019/>
13. Rodríguez, Juan Carlos; Crenshaw, Kimberlé (2024). Crenshaw, K. - Desmarginalizar la intersección de raza y sexo. (Texto completo) Una crítica desde el feminismo negro a la doctrina antidiscriminación, la teoría feminista y las políticas antirracistas. pdf. figshare. Book. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.26142754.v1>
14. Echarri Cánovas CJ. Interseccionalidad de las desigualdades de género en México: Un análisis para el seguimiento de los ODS. Ciudad de México: Secretaría de Gobernación, Consejo Nacional de Población (CONAPO) y ONU Mujeres; 2020. Disponible en: <https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020-nuevo/julio-2020/interseccionalidad-de-las-desigualdades-de-genero-en-mexico>
15. Instituto Mexicano de la Juventud. Hacia una perspectiva de Juventud [Internet]. Secretaría de Bienestar, IMJUVE; 2019. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/484348/Hacia_una_Perspectiva_de_Juventud.pdf
16. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El enfoque basado en los derechos de la niñez. Chile: UNICEF; 2022. Disponible en: <https://www.unicef.org/chile/media/7021/file/mod%201%20enfoque%20de%20derechos.pdf>
17. Reyna-Álvarez, R., et al. (2017). La salud sexual y reproductiva como reflejo de inequidad en mujeres indígenas de la Región de la Montaña de Guerrero, México. Salud Pública de México, 59(4): 496-498.
18. Zitle, M. y Cab, A. (2007). El modelo intercultural en el campo de la salud reproductiva: una experiencia de investigación aplicada en Yucatán, México. Redalyc.
19. Poder Judicial. Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Sentencia de la Acción de Inconstitucionalidad 148/2017 [Internet]. Diario Oficial de la Federación, 19 de enero del 2022. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5640922&fecha=19/01/2022
20. Dávila CA, Agudelo BM. Mortalidad evitable en México y su contribución a los años de vida perdidos. Análisis por grado de marginación estatal, 2001-2010. Pap Pobl. [Internet]. 2014; 82: 267-286. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v20n82/v20n82a12.pdf>

21. World Health Organization. Medical management of abortion. [Internet]. Geneva; 2018. Disponible en: <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1184/Medical%20Management%20abortion.pdf?sequence=5>
22. World Health Organization. Living guidance for Clinical management of COVID-19: Living guidance [Internet]. Geneva: WHO; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-2>
23. Singh S, Remez L, Onda T, Sedg, G. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. [Internet]. New York: Guttmacher Institute; 2018. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>
24. Jung, C. et al. Abortion Care in the United States — Current Evidence and Future Directions. NEJM. 2023; 2 (4): 1-10. Doi: 10.1056/EVIDra2200300
25. Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson BR Jr, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet [Internet]. 2017; 390(10110):2372–81. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)
26. Darney BG, Fuentes-Rivera E, Polo G, Saavedra-Avendaño B, Alexander LT, Schiavon R. With and without the law: Utilization of abortion services and case fatality in Mexico, 2000–2016. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2020; 148(3):369– Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13077>
27. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud–2ª ed. [Internet]. Ginebra; 2012. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1077e3f0-27b7-46f3-b3e2-568e629feb66/content>
28. Opinión Consultiva OC-31/25 sobre el contenido y alcance del derecho al cuidado y su interrelación con otros derechos. Resumen oficial emitido por la Corte Interamericana. Disponible en: https://corteidh.or.cr/docs/opiniones/resumen_seriea_31_es.pdf
29. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico: Salud Sexual y Reproductiva 2020–2024 [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2020 [citado 2025 Sep 20]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE_SSR_24_5_21.pdf
30. Diario Oficial. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Artículo 48 fracción I y VII [Internet]. México: Diario Oficial; 2025 [citado 2025 Sep 22]. Disponible en: [Reglamento_Interior_Secretaria_de_Salud.pdf](#)
31. Directorio de los Servicios de Aborto Seguro del país, disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegssr/articulos/directorio-de-servicios-de-aborto-seguro>
32. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación General Núm. 24: La Mujer y la Salud (artículo 12 de la Convención sobre la

- eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer), párrafo 11 [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; [citado el 2 de sep de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>
33. Primer Tribunal Colegiado del Décimo Noveno Circuito. Incidente de inejecución de sentencia 4/2018. Tesis 2021124 [Internet]. Semanario Judicial de la Federación; 20 sept 2018 [citado 2025 sep 23]. Disponible en: <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2021124>
 34. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. [Internet]. México: ConstitucionPolitica.mx; [citado 2025 Sep 23]. Disponible en: <https://www.constitucionpolitica.mx/constitucion-politica-estados-unidos-mexicanos>
 35. Apartado del Lineamiento de Atención a la Violencia Sexual. Pendiente.
 36. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Estados deben garantizar la autonomía y libertad reproductiva de las mujeres y adolescentes. [Internet]. CINH; 2024 [citado 2025 Sep 24] Disponible en: <https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/prensa/comunicados/2024/235.asp>
 37. Comisión Nacional de Bioética. Consentimiento Informado [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2015 [citado el 10 de septiembre de 2025]. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html
 38. Poder Ejecutivo. Ley General de Víctimas [Internet]. Diario Oficial de la Federación. México: Secretaría de Gobernación; 2022 [citado el 10 de septiembre de 2025]. Disponible en: [LGV_ref06_28abr22.doc](#)
 39. Cámara de Diputados LXVI Legislatura. Ley General de Salud [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 2024 [citado el 30 de sep de 2025]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>
 40. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana 046-SSA-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. México: Secretaría de Salud; 2009. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016#gsc.tab=0
 41. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015. México: Secretaría de Salud; 2015. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015
 42. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. México: Secretaría de Salud; 2010. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
 43. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de

- información en salud. México: Secretaría de Salud; 2012. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/normatividad/normas/DOF-30NOV12-NOM-024-SSA3-2012.pdf>
44. Capdevielle P. Laicidad y libertad de conciencia. México: IIJ UNAM; 2013.
 45. Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Sentencia Acción de Inconstitucionalidad 54/2018. México: SCJN; 2021.
 46. Aiken AR, Broussard K, Johnson DM, Padron E. Motivations and experiences of people seeking medication abortion online in the United States. *Persp Sex Rep H*. 2018; 50(4), 157-163.
 47. Médicos Sin Fronteras. Aborto no seguro: una emergencia olvidada. [Internet]. México: MSF; 2019. Disponible en: <https://www.msf.mx/article/aborto-no-seguro-una-emergencia-olvidada>
 48. Zamberlin N, Romero M, Ramos S. Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. *Rep H*. 2012; 9(1): 1-11.
 49. Gobierno de México. Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. Versión 3: Mayo, 2021. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/lineamiento-para-la-prevencion-y-mitigacion-de-covid-19-en-la-atencion-del-embarazo>
 50. Ortiz G. Atención Integral del aborto en menores de 15 años. CLACAI/IPAS [Internet]. 2020; 1-62. Disponible en: https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1333/GUIA%20TEC_ATE%20ABORTO_FINAL.pdf
 51. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. La Mujer y la Salud. CEDAW, Recomendación General 24, Comentarios Generales. ONU; 1999. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>
 52. Molina Fuentes, A., Capdevielle, F., Aviléz, M., Martínez, J. (2019). La laicidad como base del derecho a la salud. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/12/5622/5.pdf>
 53. Mureddu-Andrade, J. (Coord.). (2024). Laicidad: una asignatura pendiente. Editorial Tecnológica de México. Disponible en: https://www.te.gob.mx/editorial_service/media/pdf/040620241104268245.pdf
 54. Tobasía-Hege C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Reveiz L, Valdez-Santiago R, Pileggi V, Arenas-Monreal L, Rojas-Carmona A, Piña-Pozas M, Gómez Ponce de León R, & Souza JP. Disrespect and abuse during childbirth and abortion in Latin America: systematic review and meta-analysis. *Rev Pan Sal Pub*. [Internet]. 2019; 43(36). Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>

55. Ortiz O. ADAS, un camino para renovar la fortaleza emocional después de un aborto voluntario en Cedeño y Tena (coords.) Interrupción del embarazo desde la experiencia de las mujeres: Aportaciones interdisciplinarias. CEIICH – UNAM. México, 2021.
56. Norris A, Bessett D, Steinberg JR, Kavanaugh ML, De Zordo S & Becker D. Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences. *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 21(3 Suppl) [Internet] 2011; S49–S54. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.02.010>
57. Ostrach B, Abi Samra R. Abortion complication syndemics: Structural stigma, pathologized pregnancies and health consequences of constrained care. *Stigma Syndemics*. Lexington Books. 2017.
58. Steinberg JR, Tschann JM, Furgerson D, Harper CC. Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. *Soc Sci Med*. 2016; 150, 67-75.
59. Shellenberg KM, Moore AM, Bankole A, Juarez F, Omidéyi KA, Palomino N, Sathar Z, Singh S, Tsui AO. Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study. *Glob Pub H*. [Internet]. 2011; 6: sup1, S111-S125. Disponible en: DOI: 10.1080 / 17441692.2011.594072
60. Biggs MA, Neilands TB, Kaller S, Wingo E, Ralph LJ. Developing and validating the Psychosocial Burden among people Seeking Abortion Scale (PB-SAS). *Plos One* [Internet]. 2020; 15(12): e0242463. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242463>
61. Rocca CH, Moseson H, Gould H, Foster DG, Kimport K. Emotions over five years after denial of abortion in the United States: Contextualizing the effects of abortion denial on women's health and lives. *Soc. Sci. Med*. 2021; 269, 113567.
62. Ramos-Lira L. Aborto Inducido; Problemas de salud mental en Bancarte, Gómez, Medina- Arellano y Santillán-Doherty P. *Ciencia y Conciencia. Diálogos y debates sobre derechos humanos: controversias en bioética*. Fontamara: México, 2017.
63. Moreno López M, Flores Celis K, González-Forteza C, Saltijeral MT, Schiavon R, Collado ME, Ortiz O, Ramos Lira L. Relación entre estigma percibido y sintomatología depresiva en mujeres que interrumpen el embarazo legalmente en la Ciudad de México. *Sal Ment*. 2019; 42(1), 25-32.
64. Ramos-Lira, L., Celis, K. F., López, M. M., Saltijeral, M. T., González-Forteza, C., Schiavon, R., ... & Ortiz, O. Capítulo 8 Salud mental e interrupción legal del. *Ciencia, Salud y Género*, 156

65. Collado M, y Mora J. Estigma y aborto: experiencias de mujeres y personal de salud en los servicios de ILE en la Ciudad de México en Cedeño y Tena (coords.) Interrupción del embarazo desde la experiencia de las mujeres: Aportaciones interdisciplinarias. CEIICH – UNAM. México, 2021.
66. Guttmacher Institute. Necesidad y uso de servicios de aborto por parte de adolescentes en países en desarrollo [Internet]. Estados Unidos; 2016 [citado el 03 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/necesidad-y-uso-de-servicios-de-aborto-por-parte-de-adolescentes-en-paises-en-desarrollo>
67. Ipas CAM. Encuesta Internacional de Personas Proveedoras y Acompañantes de Aborto [Internet]. 2020:1-14. Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/IpasCAM-2021-ResultadosEncuestaResumenEjec.pdf>
68. Ministerio de salud. Guía práctica consejería en salud sexual y reproductiva para adolescentes. [Internet]. Chile; 2016. Disponible en: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/CHL-AD-25-03-GUIDELINE-2016-esp-CONSEJERIA-EN-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-PARA-ADOLESCENTES-2016.pdf>
69. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Consejerías en salud sexual y salud reproductiva: propuesta de diseño, organización e implementación. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2015. Disponible en: <https://clacaidigital.info/handle/123456789/2903>
70. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2021 [citado el 29 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegssr/es/documentos/lineamiento-tecnico-para-la-atencion-del-aborto-seguro-en-mexico-274667>
71. Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre la atención para el aborto [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 [citado el 29 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240039483>
72. Ariza Navarrete S, Zapata C, Ramón Michel A. Derechos sexuales y reproductivos para Personas con Discapacidad: un panorama regional (Resumen ejecutivo) [Internet]. Santiago: CLACAI; 2025 [citado 2025 Jul 29]. Disponible en: <https://www.clacaidigital.info/handle/123456789/3235>
73. García Piña CA. Esterilización forzada en niñas y mujeres con discapacidad. Lo que profesionales de salud deben saber para evitar la violación de sus derechos humanos. Acta Pediatr Méx 2025; 46 (2): 179-193.
74. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Documento Técnico. Orientación y asesoría para la Interrupción

- Voluntaria del Embarazo. Documento Técnico para prestadores de servicios de salud. Colombia; 2014. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/es/publications/orientación-y-asesoría-para-la-interrupción-voluntaria-del-embarazo-ive>
75. Ipas México. Acompañamiento y Consejería a Mujeres en Situación de Aborto. [Electrónico] México; 2017. Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx-2020-ManualConsejeriaAborto.pdf>
 76. Secretaría de Salud. Consentimiento Válidamente Informado, 2º edición. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2016
 77. Raymond EG, Grossman D, Mark A, Upadhyay UD, Dean G, Creinin MD, Coplon L, Perrit J, Atrio J, Taylor D, Gold M. Commentary: No-test medication abortion: A sample protocol for increasing access during a pandemic and beyond. *Contraception*. [Internet]. 2020; 101(6): 361–366. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.005>
 78. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) infection and abortion care. Information for healthcare professionals Version 3.1. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/guidance/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-women-s-health/coronavirus-covid-19-infection-and-abortion-care/>
 79. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Routine preoperative tests for elective surgery NICE guideline. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng45/resources/routine-preoperative-tests-for-elective-surgery-pdf-1837454508997>
 80. Ipas. Actualizaciones clínicas en salud reproductiva [Internet] 2021. Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/CURH-S20.pdf>
 81. Morris JL, Winikoff B, Dabash R, Weeks A, Faundes A, Gemzell-Danielsson K, Castleman L, Kim C, Chung H, Gerard HA. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2017;138(3):363–366. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12181>
 82. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Uso del misoprostol en ginecología y obstetricia, tercera edición. [Internet]. Mayo, 2013. Disponible en: <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/612/Guis%20miso%20FLASOG2013.pdf?sequence=5>
 83. Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para una atención de calidad del aborto. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: <https://redaas.org.ar/wp-content/uploads/manual-de-practica-clinica-para-una-atencion-de-calidad-del-aborto.pdf>
 84. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. La FIGO respalda la adopción permanente de los servicios de aborto a través de la telemedicina.

- Declaración de la FIGO, 18 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.figo.org/sites/default/files/2021-03/La%20FIGO%20respalda%20la%20adopción%20permanente%20de%20los%20servicios%20de%20aborto%20a%20través%20de%20la%20telemedicina.pdf>
85. National Abortion Federation (NAF). Guías de Práctica Clínica para la Atención del Aborto. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/612/Guis%20miso%20FLASOG2013.pdf?sequence=5>
 86. Ipas. Aborto seguro con mifepristona y misoprostol [Internet]. Disponible en: <https://ipasmexico.org/2020/12/16/aborto-seguro-con-mifepristona-y-misoprostol>
 87. Organización Mundial de la Salud. Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto. [Internet]. Ginebra; 2015. Disponible en: iris.who.int/bitstream/handle/10665/204374/9789243549262_spa.pdf
 88. Singh S, & Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. BJOG [Internet]. 2015; 123(9):1489-98. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13552>.
 89. Edelman A, Kapp N. Guía de referencia sobre dilatación y evacuación: aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación ('segundo trimestre'). Ipas [Internet]. 2018:1-78. Disponible en: <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/06/DESTRS18-GuiadeReferenciaSobreDilatacionyEvacuacion.pdf>
 90. Carusi D. Pregnancy of unknown location: Evaluation and management. Semin. Perinatol. [Internet]. 2019;43(2):95-100. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2018.12.006>
 91. Ipas. Actualizaciones clínicas en salud reproductiva 2023. Chapel Hill (NC): Ipas; 2023. Disponible en: <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2024/01/Actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva-CURHS23b.pdf>
 92. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Mejorar el acceso al aborto luego de las 12 semanas de embarazo [Internet]. Declaración de la FIGO; 2021. Disponible en: https://www.figo.org/sites/default/files/2021-09/FIGO_Statement_Abortion_Beyond_12Weeks_ES.pdf
 93. Kortsmits K, Nguyen AT, Mandel MG, Clark E, Hollier LM, Rodenhizer J, Whiteman MK. Abortion Surveillance - United States, 2020. MMWR Surveill Summ. 2022 Nov 25;71(10):1-27. doi: 10.15585/mmwr.ss7110a1.
 94. Organización Mundial de la Salud. Guía de referencia de la CIE-11. Febrero 2023 [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 2025 Sep 5]. Disponible en: https://icd.who.int/es/docs/GuiaReferencia_CIE_11_Feb2023.pdf

95. Paro H, Ramón Michel A, Ortiz G, Repka D. Asistolia: Por una mejor calidad en la atención del aborto. Lima: Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI); 2024. Documento N°2 de la serie “Los tiempos del aborto”.
96. Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI). Guía de buenas prácticas para la atención del aborto inducido a partir de 20 semanas de embarazo. Serie Los Documentos del aborto, Documento N° 5. Primera edición. Lima, Perú: CLACAI; 2025. Disponible en: https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/3297/240.%20BuenasPracticas_20%20semanas_final_ESP.pdf?sequence=1
97. Plataforma documental y políticas públicas unidad de salud. Interrupción Voluntaria del Embarazo [Internet]. Universidad del Cauca. Ruta integral de atención en salud resolución 3280-2018 [Revisado el 30 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://unisalud.unicauca.edu.co/unisalud/politicas-publicas>
98. Sharvit M, Klein Z, Silber M, et al. Intra- amniotic digoxin for feticide between 21 and 30 weeks of gestation: a prospective study. BJOG. 2019; 126:885–889.
99. Sfakianaki A et al. Potassium Chloride Induced Fetal Demise: A retrospective cohort study of efficacy and safety. J Ultrasound Med 2014; 33:337–341
100. López-Cepero R, Lynch L, de la Vega A. Effectiveness and safety of lidocaine in the induction of fetal cardiac asystole for second trimester pregnancy termination. Bol Asoc Med P R. 2013; 105:14–17.
101. Molina-Giraldo Saulo, Gaviria Ana María, Beltrán-Acosta Sandra, Alberto-Castro Carlos, Rojas-Arias José Luis, Alfonso-Arias Diana et al. Consecuencias y complicaciones de la amniocentesis. Experiencia de dos centros latinoamericanos de medicina materno fetal. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2018; 86(4): 239-246. <https://doi.org/10.24245/gom.v86i4.1014>
102. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia. Guía de Evidencias y Recomendaciones. CENETEC [Internet]. México; 2017. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-162-09/ER.pdf>
103. Turner MJ. Maternal sepsis is an evolving challenge. Int J Gynaecol Obstet. 2019;146(1):39–42. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12833>
104. World Health Organization. Statement on maternal sepsis [Internet]. Geneva: WHO; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254608/WHO-RHR-17.02-eng.pdf;sequence=1>
105. Rouse CE, Eckert LO, Muñoz FM, Stringer JSA, Kochhar S, Bartlett L, Sanicas M, Dudley DJ, Harper DM, Bittaye M, Meller L, Jehan F, Maltezou HC, Subelj M, Bardaji A, Kachikis A, Bigi R, Gravett MG. Postpartum endometritis and infection following incomplete or complete abortion: Case definition & guidelines for data collection,

- analysis, and presentation of maternal immunization safety data. *Vaccine*. [Internet]. 2019; 37(52): 7585–7595. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.09.101>
106. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Métodos Anticonceptivos en México. 2022. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/lineamientos-tecnicos-para-la-prescripcion-y-uso-de-metodos-anticonceptivos-en-mexico-310274>
 107. Organización Mundial de la Salud. Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos, 6ta edición. Ginebra; 2025. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115583>
 108. Organización Panamericana de la Salud. Estados Unidos, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Washington, D.C.: CCP, OPS; 2019: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51918>
 109. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice, page 10. Geneva: WHO; 2010. WHO/HRH/HPN/10.3. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
 110. Neis F, Wallwiener D, Henes M, Krämer B, Brucker S. Opinion paper: gynecological surgery in local anesthesia? *Arch Gynecol Obstet*. 2022 Oct;306(4):1063-1068. doi: 10.1007/s00404-022-06572-7.
 111. Barghazan SH, Hadian M, Rezapour A, Nassiri S. Economic evaluation of medical versus surgical strategies for first trimester therapeutic abortion: A systematic review. *J Edu Health Promot* 2022; 11:184.
 112. Hu D, Grossman D, Levin C, Blanchard K, Goldie S. Cost-effectiveness analysis of alternative first-trimester pregnancy termination strategies in Mexico City. *BJOG* 2009; 116:768–779.
 113. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2013, 39(3):114–123, doi: 10.1363/3911413
 114. Creinin MD, Shore E, Balasubramanian S, Harwood B. The true cost differential between mifepristone and misoprostol and misoprostol-alone regimens for medical abortion. *Contraception*. 2005 Jan;71(1):26-30. doi: 10.1016/j.contraception.2004.07.011.
 115. Ipas. Procesamiento del aspirador Ipas AMEU Plus y de las Cánulas Ipas Easy-Grip. [Internet]. Estados Unidos; 2019. Disponible en: [https://ipasmexico.org/pdf/Procesamiento%20del%20aspirador%20AMEU%20\(Cuadernillo\).pdf](https://ipasmexico.org/pdf/Procesamiento%20del%20aspirador%20AMEU%20(Cuadernillo).pdf)
 116. Justin T Diedrich, Sara Newmann. Induced abortion: Cervical preparation prior to uterine aspiration or dilation and evacuation. UpToDate, última actualización 24 de noviembre de 2025. Revisión de la literatura enero de 2026.

■ Marco de Referencia Internacional

Organización de los Estados Americanos (OEA). Convención Americana Sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica). 22 de noviembre de 1969. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”. El Salvador, 17 de noviembre de 1988. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/basicos/basicos4.htm>

Organización de los Estados Americanos (OEA). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Belém do Pará). Brasil, 9 de junio de 1994. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/13.CONVENCION.BELEN%20DO%20PARA.pdf>

Organización de las Naciones Unidas: Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW). 18 de diciembre de 1979. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

Organización de las Naciones Unidas: Asamblea General. Convención sobre los Derechos del Niño. 20 de noviembre de 1989. Disponible en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

Organización de las Naciones Unidas: Asamblea General. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 16 de diciembre de 1966. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

UNFPA, Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, Egipto, 5 a 13 de septiembre de 1994. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

Organización de las Naciones Unidas. Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Beijing, China, 4 a 15 de septiembre de 1995. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2015/01/beijing-declaration>

Organización de las Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y El Caribe. 2018. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf

Organización de las Naciones Unidas. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf

Organización de las Naciones Unidas. Declaración de Nairobi sobre la CIPD 25.

Nairobi, Kenia, 12 a 14 de noviembre de 2019. Disponible en: <https://www.nairobi-summitcpd.org/sites/default/files/files/Nairobi%20Summit%20SPANISH.pdf>

■ Nacional

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM). Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf

Ley General de Salud. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

Ley General de Víctimas. DOF 06- 11-2020. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.pdf>

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencias. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>

Ley General de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA.pdf>

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.dgrh.salud.gob.mx/Normatividad/Reglamento_Interior_Secretaria_de_Salud.pdf

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5275587&fecha=26/10/2012#gsc.tab=0

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA-2026, De los Servicios de Planificación Familiar y Anticoncepción. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5790446&fecha=12/06/2026#gsc.tab=0

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril de 2016. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA-2023, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Disponible en: <https://sidof.segob.gob.mx/notas/5690938>

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios 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

Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/nom-047-ssa2-2015-para-la-atencion-a-la-salud-del-grupo-etario-de-10-a-19-anos-de-edad>

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/8305/salud11_C/salud11_C.html

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284306&fecha=08/01/2013

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información del Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de información en salud. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280847&fecha=30/11/2012#gsc.tab=0

■ Programático y de Salud

Programa Sectorial en Salud 2025-2030. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1029475/Programa_Sectorial_de_Salud_2025-2030.pdf

Gobierno de México. Estrategia Nacional Para la Prevención del Embarazo Adolescente. 2014. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA_0215.pdf

Programa Estrategia Nacional Para la Prevención del Embarazo Adolescente. 2022-2024. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/programa-de-trabajo-de-la-estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-2022-2024>

Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de de Métodos Anticonceptivos en México. 2022. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegssr/documentos/lineamientos-tecnicos-para-la-prescripcion-y-uso-de-metodos-anticonceptivos-en-mexico>

Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento Técnico para la Prestación de Servicios de Anticoncepción Post Evento Obstétrico. Primera Edición, septiembre 2024. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/949976/Lineamiento_Tecnico_APEO_2024.pdf

Secretaría de Salud. Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. 2009. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/en/documentos/prevencion-diagnostico-y-manejo-de-la-hemorragia-obstetrica>

Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento técnico Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. 2016. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/triage-obstetrico-codigo-mater-y-equipo-de-respuesta-inmediata-obstetrica>

Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Choque Hemorrágico en Obstetricia. 2017. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/162GER.pdf>





