



Situación del acceso al  
**aborto legal en México**  
con énfasis en la  
**objeción de conciencia**



**CATÓLICAS**  
POR EL **DERECHO**  
**A DECIDIR**  
MÉXICO





Situación del acceso al  
**aborto legal en México**  
con énfasis en la  
**objeción de conciencia**

**Directora**

Aidé García Hernández

**Investigación y redacción de contenidos**

Colmena Consultoras:

Karla Flores Celis

Bianca Vargas Escamilla

Karla Berdichevsky Feldman

**Coordinación del proyecto**

Maribel Luna-Martínez

**Revisión de contenidos**

Paula Sánchez-Mejorada Ibarra

Lilián Reyes Gutiérrez

Maribel Luna-Martínez

Claudia Martínez

Adriana López Belda

Valeria Vásquez Vázquez

**Diseño y diagramación**

Eduardo Mirafuentes Ortega

---

© 2025 Católicas por el Derecho a Decidir A. C.

Este informe se terminó de elaborar  
el 25 de julio de 2025.

El contenido y la información pueden ser utilizados  
siempre que se cite la fuente.

**Publicado en México por CDD México.**

# Contenido

|                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| .....                                                                              |           |
| <b>AGRADECIMIENTOS ESPECIALES</b>                                                  | <b>5</b>  |
| .....                                                                              |           |
| <b>ABREVIATURAS</b>                                                                | <b>7</b>  |
| .....                                                                              |           |
| <b>PRESENTACIÓN</b>                                                                | <b>9</b>  |
| .....                                                                              |           |
| <b>RESUMEN EJECUTIVO</b>                                                           | <b>11</b> |
| .....                                                                              |           |
| <b>1. IDENTIFICACIÓN DEL MARCO NORMATIVO Y REGULATORIO</b>                         | <b>13</b> |
| 1.1. Derecho a la salud                                                            | 13        |
| 1.2. Marco legal que garantiza el aborto inducido                                  | 15        |
| 1.3. Política pública sobre aborto seguro                                          | 19        |
| 1.4. Estándares técnicos sobre aborto seguro                                       | 20        |
| 1.5. Derecho a la salud y acceso a servicios                                       | 21        |
| .....                                                                              |           |
| <b>2. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA</b>                                                  | <b>23</b> |
| 2.1. ¿Por qué el artículo 10 Bis sobre objeción de conciencia es inconstitucional? | 28        |
| .....                                                                              |           |

|                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>3. GRUPOS FOCALES CON ORGANIZACIONES, COLECTIVAS Y ACOMPAÑANTES</b> | <b>37</b> |
| <b>3.1. Diseño metodológico</b>                                        | <b>37</b> |
| 3.1.1. Sistematización y análisis                                      | 38        |
| 3.1.2. Análisis de resultados                                          | 40        |
| <b>3.2. Contexto de acción e incidencia</b>                            | <b>41</b> |
| <b>3.3. Barreras y estrategias</b>                                     | <b>45</b> |
| <b>3.4. Objeción de conciencia</b>                                     | <b>49</b> |
| <b>3.5. Necesidades identificadas</b>                                  | <b>53</b> |
| .....                                                                  |           |
| <b>4. CONSIDERACIONES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA HERRAMIENTA</b>       | <b>59</b> |
| <b>Anexo 1</b>                                                         | <b>63</b> |
| .....                                                                  |           |

**Agradecimiento especial a las redes, organizaciones y colectivas que contribuyeron con su valiosa experiencia para el desarrollo de esta herramienta**

|                                                                                         |                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Cultivando Género</b>                                                                | María Angélica Contreras Ruvalcaba       |
| <b>Fondo de Aborto para la Justicia Social MARIA</b>                                    | Stephanie Lomelí Guerrero                |
| <b>Iniciativas Feministas</b>                                                           | Karen Dianne Limón Padilla               |
| <b>Colectiva Decide</b>                                                                 | Ma. Carmen García García                 |
| <b>Alianza por la Defensa del Estado Laico ADELA Marea Verde Chihuahua</b>              | Mariela Castro Flores                    |
| <b>Sí hay mujeres en Durango A.C.</b>                                                   | Maria Julieta Hernández Camargo          |
| <b>Servicios de Inclusión Integral y Derechos Humanos A.C.</b>                          | Ashley Odeth Pedraza Cerón               |
| <b>Colectiva Feminista MAPAS</b><br>(Mujeres Andando Procesos por Autonomías Sororales) | Abigail Villalpando Gutiérrez            |
| <b>Derechos Autonomías y Sexualidades, DAS Cancún</b>                                   | Vanesa Dorina Gonzalez Rizzo Krasniansky |
| <b>No Se Metan Con Nuestras Hijas</b>                                                   | Priscila Salas Espinoza                  |

**Agradecimiento especial a las redes, organizaciones y colectivas que contribuyeron con su valiosa experiencia para el desarrollo de esta herramienta**

|                                                                                                                             |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>OCNF Sonora</b>                                                                                                          | Silvia Núñez                   |
| <b>AborTam Tamaulipas Aborta</b>                                                                                            | Miryam Ariadna Concha Olán     |
| <b>Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos, Ddeser Tlaxcala<br/>Red de acompañantes por el aborto seguro Tlaxcala</b> | María del Rosario Taxis Zúñiga |
| <b>Marea Verde Altas Montañas</b>                                                                                           | Luz Elisa Reyes Reyes          |
| <b>Centro por la Justicia, Democracia e Igualdad, CEJUDI A.C.</b>                                                           | María Paula Balam Aguilar      |
| <b>Acompañante en Campeche</b>                                                                                              | Isabel Rodríguez               |
| <b>Consortio Para el Diálogo Parlamentario y Equidad, Oaxaca</b>                                                            | Elizabeth Mosqueda Rivera      |
| <b>Resistencia Radical</b>                                                                                                  | Evelyn Gándara Villegas        |
| <b>Siempre vivas</b>                                                                                                        | Maribel Campos                 |

## ABREVIATURAS

|                 |                                                                                                |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CNEGSSR</b>  | Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Sexual y Reproductiva                             |
| <b>CPEUM</b>    | Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos                                          |
| <b>ILE</b>      | Interrupción Legal del Embarazo                                                                |
| <b>IVE</b>      | Interrupción Voluntaria del Embarazo                                                           |
| <b>LGS</b>      | Ley General de Salud                                                                           |
| <b>LGV</b>      | Ley General de Víctimas                                                                        |
| <b>NOM</b>      | Norma Oficial Mexicana                                                                         |
| <b>OPD</b>      | Órgano Público Descentralizado                                                                 |
| <b>RLGSPSAM</b> | Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica |
| <b>SAS</b>      | Servicios de Aborto Seguro                                                                     |
| <b>SCJN</b>     | Suprema Corte de Justicia de la Nación                                                         |
| <b>SNS</b>      | Sistema Nacional de Salud                                                                      |



# Presentación

**A lo largo de 30 años, Católicas por el Derecho a Decidir, hemos impulsado un trabajo comprometido con la justicia social y de género,** a favor de la laicidad del Estado y los derechos humanos, particularmente los vinculados a la sexualidad y reproducción.

En el camino por la defensa de los derechos de las mujeres y las personas con capacidad de gestar, el reconocimiento del **aborto legal, seguro y gratuito** ha estado en el centro de nuestra apuesta política por el derecho a decidir en libertad de conciencia.

Tras décadas de lucha feminista en México, estamos en un momento relevante de nuestra historia: Hemos —en colectivo— alcanzado importantes logros que abonan a una comprensión más amplia, progresista e integral de la autonomía reproductiva, de los derechos y las libertades de las personas. Se ha avanzado en la disposición de estándares garantistas como la inconstitucionalidad de la criminalización del aborto, el reconocimiento del derecho a la salud desde una perspectiva integral y los alcances de la objeción de conciencia para que no constituya un obstáculo en el acceso a la salud; se reconoce el derecho a decidir de las personas con capacidad de gestar y se ha despenalizado, parcialmente, el aborto en tres cuartas partes del país.

Celebramos estos logros y reconocemos la necesidad de seguir fortaleciendo el trabajo colectivo, las estrategias y las rutas para exigir que estos cambios se transformen en realidad para las per-

sonas en su cotidianidad. Con esta mirada, en conjunto con colectivas y organizaciones aliadas que acompañan en los territorios de diversos estados del país, se llevó a cabo la presente investigación: un análisis riguroso y contextualizado que brinda un panorama actual del acceso al aborto legal y las principales barreras a las que se enfrentan las acompañantas, en particular la objeción de conciencia, figura que ha sido utilizada para negar y obstaculizar los servicios de aborto.

La investigación se compone del informe sobre la *Situación del acceso al aborto legal en México con énfasis en la objeción de conciencia* y la herramienta *Abortando las barreras: Argumentos clave para la incidencia*. Nuestro objetivo es contribuir con argumentos e información vigente al trabajo de acompañamiento e incidencia política de colectivas y organizaciones, quienes día a día defienden el derecho a decidir y a contar con servicios de aborto de calidad, dignos y respetuosos.

La marea verde sigue avanzando, sembrando en colectivo para potenciar nuestras voces con demandas justas y necesarias, para que el derecho al aborto seguro se garantice en un marco de respeto a la ética laica, la libertad de conciencia y los derechos humanos.



# Resumen ejecutivo

**Durante los últimos años la agenda para el acceso al aborto legal y seguro en México se ha modificado con gran velocidad.** Especialmente, a partir del 2020 ocurrieron cambios relevantes como reformas a códigos penales locales en diversas entidades federativas y la publicación de resoluciones en sentencias de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) que modifican el paradigma de la **autonomía reproductiva**. A esto se suma la publicación del Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Sexual y Reproductiva (CNEGSSR) de la Secretaría de Salud, que estableció de manera explícita el aborto seguro en la política pública federal y condujo a la instalación de una red de servicios públicos de aborto seguro, bajo los estándares de calidad propuestos por la Organización Mundial de la Salud.

En el trabajo cotidiano para garantizar el acceso al derecho a la salud, y particularmente, a los servicios de aborto seguro, participan múltiples actores y se presentan una diversidad de interacciones entre ellos. Además, se hacen patentes las problemáticas sociales, profundas y adversas, que impactan en la garantía de derechos y en la prestación de servicios de salud, entre ellos, la reproducción del estigma por abortar, la violencia basada en género y los juicios morales y religiosos sobre el aborto. Una de las respuestas más visibles a los problemas de acceso ha sido la generada por la sociedad civil organizada y las redes de acompañamiento, cuyo campo de acción se extiende más allá de las fronteras para ofrecer información, consejería y saberes prácticos y técnicos para abortos autogestionados. Se llenan así algunos vacíos de disponibilidad, aceptabilidad y calidad (incluida la excesiva medicalización de la atención) y se sobreponen algunas barreras administrativas impuestas en los servicios públicos.

En ese acompañamiento a mujeres y personas con capacidad de gestar, las organizaciones de la sociedad civil y colectivas se enfrentan a una heterogeneidad de información, a la ausencia de organización institucional y de transparencia sobre el ejercicio de derechos, a los cambios normativos y de operación en los servicios públicos, a un lenguaje técnico (jurídico o médico) impreciso que resulta difícil de interpretar, así como a interlocutores administrativos que están poco dispuestos al diálogo en lenguaje ciudadano y horizontal.

Este documento forma parte del proceso impulsado por Católicas por el Derecho a Decidir con la finalidad de responder al interés **de proporcionar una herramienta de incidencia dirigida a las organizaciones de la sociedad civil, colectivas y acompañantes, basada en un análisis situacional del acceso al aborto legal en México, con énfasis en la objeción de conciencia. Para ello, se sistematizó información documental sobre elementos clave del marco normativo y de política pública en torno al aborto seguro y la objeción de conciencia.** Además, se realizó un análisis cualitativo, a través de la información generada en grupos focales, para conocer las perspectivas y necesidades de las personas a quienes iría dirigida dicha herramienta. Este proceso permitió identificar la correspondencia entre la revisión documental y las perspectivas y experiencias para realizar consideraciones preliminares acerca de audiencias, temas y formatos de una posible herramienta, a fin de integrar estrategias y recomendaciones que impacten positivamente en la eliminación de las barreras de acceso a los servicios de aborto seguro en el sistema público de salud.

# 1

## Identificación del marco normativo y regulatorio

**Esta primera parte de la investigación, integra los resultados** de una revisión documental exhaustiva a fin de identificar la normativa y la regulación administrativa que sustenta la oferta de servicios públicos de aborto seguro en México, incluyendo la objeción de conciencia. A partir de dicha revisión, se seleccionaron una serie de documentos legales, programáticos, técnicos y administrativos a los que a continuación se hace referencia para explicar la lógica del funcionamiento de los servicios de aborto seguro y las potenciales implicaciones o relaciones de los debates actuales en torno a la objeción de conciencia.

### 1.1. DERECHO A LA SALUD

En general, las leyes y normas vigentes en México podrían considerarse suficientes para lograr el cumplimiento de la garantía al aborto seguro. Sin embargo, es de reconocerse que existen algunos vacíos legales y que, en ocasiones el mapa jurídico puede resultar confuso sin una previa categorización e interpretación adecuada de los instrumentos que lo componen. Desde una perspectiva macro, los Estados Unidos Mexicanos se han comprometido a respetar, proteger y promover los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, como señala el artículo 1º Constitucional y a través de diferentes mecanismos.

En nuestras leyes, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala en su artículo cuarto que “toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos” y que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”, así como la obligación de “definir un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar una extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud” (CPEUM, Art. 4to).

A su vez, la Ley General de Salud (LGS) tiene por objeto, entre otros, reglamentar la protección a la salud dispuesto en el artículo cuarto Constitucio-

nal, así como establecer las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud y distribuir las competencias al respecto. En ese marco de acción se entiende por servicios de salud: “todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad” (LGS, Art 23).

La misma LGS señala que es obligación del Sistema Nacional de Salud (SNS) garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, particularmente la atención integral de la población sin seguridad social<sup>1</sup>. Además, estas mismas disposiciones sobre qué es un servicio y cuáles son sus características se reiteran en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (RLGSPSAM).

En ese mismo orden de ideas, el Capítulo II de la LGS define la atención médica como “el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud” (LGS, Art. 32), dividida en acciones: preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas<sup>2</sup>. En el caso del aborto seguro cobran relevancia las acciones preventivas y curativas, que se refieren a:

- a) **Preventivas, incluyen las de promoción general y las de protección específica.**
- b) **Curativas, tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno.**

Cabe destacar que, en noviembre del 2019 una reforma a la LGS agregó “la salud sexual y reproductiva” como un servicio básico de salud para la protección del derecho a la salud<sup>3</sup>. En esta reforma destaca

su diferenciación de la “atención materno infantil”. No obstante, en el RLGSPSAM no existe mayor desglose al respecto. Lo que se menciona más cercanamente a aborto en este instrumento es una clasificación para la prestación de servicios de atención materno infantil, para la atención de urgencias obstétricas y para la planificación familiar<sup>4</sup>. Es preciso mencionar que, ni en alguno de estos capítulos, ni en la definición de urgencia obstétrica, se considera al aborto de manera explícita como una posible necesidad de salud para la que deberán existir servicios de atención médica, aun cuando la política pública en salud sexual y reproductiva lo reconoce, como se expondrá más adelante.

Por ello, sigue siendo necesario fortalecer la incidencia para favorecer la actualización y armonización jurídica y normativa para atender cabalmente a las necesidades reales de las mujeres, adolescentes y personas con capacidad de gestar. Es necesario que el aborto seguro sea reconocido como parte del continuo de atención a la salud sexual y reproductiva y, por ende, como materia de salubridad general, aun cuando esto actualmente no limita la posibilidad de garantizar el acceso con el marco jurídico ya existente.

En un contexto donde existe una narrativa basada en un sistema de causales, que considera el aborto dentro de la legislación en materia penal, la ausencia de su mención tácita en la regulación sanitaria coloca la decisión y las condiciones de la prestación de servicios de aborto en el ámbito de la voluntad política. Se vuelve evidente la necesidad de una reforma que contemple a la salud sexual y reproductiva de manera integral y que considere, entre otros aspectos, que no todos los embarazos concluyen con un parto.

1. LGS, Art. 25

2. LGS, Art. 33, fr. II y III

3. LGS, Art. 27, fr. V

4. *Urgencia Obstétrica*: La complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud (RLGSPSAM, Cap. VBIS, Art. 115 BIS1, fr. IV)

Independientemente a dichas modificaciones legales pendientes, la atención del aborto debe ser universal y gratuita por su relación con el derecho a la salud, los derechos sexuales y reproductivos, y su vinculación con indicadores prioritarios de salud como es la prevención de la morbilidad y la mortalidad materna, la prevención y atención de la violencia contra las mujeres, la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia y la erradicación de nacimientos en adolescentes menores de 15 años.

## 1.2. MARCO LEGAL QUE GARANTIZA EL ABORTO INDUCIDO

Para abordar las barreras del acceso al aborto seguro, resulta indispensable entender las tres grandes categorías que, desde una perspectiva jurídico-normativa, garantizan el derecho de acceder a un aborto inducido para las mujeres o personas con capacidad de gestar en México: **1) la interrupción de un embarazo forzado producto de una violación sexual, conocida como IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo); 2) la interrupción de un embarazo por motivos relacionados con la salud integral; y 3) la interrupción de un embarazo por libre decisión, conocida como ILE (Interrupción Legal del Embarazo).** Cada una de estas categorías, a su vez, puede contextualizarse desde un ámbito histórico, geográfico —por entidad federativa o de aplicación nacional— y a partir de una diversidad de características que definen la condición de salud de la mujer, incluidas las semanas de gestación al momento de la interrupción<sup>5</sup>.

5. Estas categorías se encuentran enmarcadas en el paradigma de protección de derechos humanos que la Suprema Corte de Justicia de la Nación posiciona en el engrose de las Sentencias publicadas en 2022 sobre autonomía reproductiva. Aunque tiene un sentido normativo y jurisprudencial de aplicación nacional, esta perspectiva continúa en convivencia con el antiguo sistema de causales en varias entidades federativas.

### 1. Interrupción de un embarazo forzado producto de la agresión (IVE)

La primera categorización refiere al derecho de las víctimas de violación sexual a interrumpir un embarazo forzado producto de dicha agresión. El origen de los instrumentos jurídico-normativos que amparan este derecho puede trazarse a la NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, publicada en 2009, en la que se señalaba al aborto médico como un servicio al que podían acceder las víctimas. En esa primera versión de la NOM-046 se requería que la mujer obtuviera una autorización de la autoridad competente que, para fines prácticos, se traducía en la exigencia de una denuncia como condicionante para que la víctima obtuviera el servicio.

Posteriormente, en 2013 se publicó la Ley General de Víctimas (LCV), que reconoce y garantiza los derechos de éstas, establece y coordina acciones para su ejercicio y establece los deberes y obligaciones de las autoridades y de todo aquel que intervenga en los procedimientos relacionados con víctimas<sup>6</sup>. En esta disposición se incluye en el Art. 35 la figura de Interrupción Voluntaria del Embarazo describiendo una serie de características del tratamiento:



**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 anticoncepción de emergencia y de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la ley, con absoluto respeto**

6. Ley General de Víctimas, Art. 2, fr. I, II y IV

a la voluntad de la víctima; asimismo, se le realizará práctica periódica de exámenes y tratamiento especializado, durante el tiempo necesario para su total recuperación y conforme al diagnóstico y tratamiento médico recomendado; en particular, se considerará prioritario para su tratamiento el seguimiento de eventuales contagios de enfermedades de transmisión sexual y del Virus de Inmunodeficiencia Humana. En cada una de las entidades públicas que brinden servicios, asistencia y atención a las víctimas, se dispondrá de personal capacitado en el tratamiento de la violencia sexual con un enfoque transversal de género (LGV, Art. 35)

Posteriormente, en 2016 se modificó la NOM-046-SSA2-2005 en su fracción 6.4.2.7 para alinearse con la LGV y homologar el nombre de ese derecho como Interrupción Voluntaria del Embarazo, así como eliminar los requisitos administrativos como la denuncia, mencionando como único requisito de evidencia la propia declaración de la mujer, enunciado de la siguiente forma:



**Una 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 solici-**

**tante, entendiéndose su actuación, basada en el principio de buena fe a que hace referencia el artículo 5, de la Ley General de Víctimas (DOF, 2023).**

Dado que las Leyes Generales y las Normas Oficiales Mexicanas son aplicables en todo el país, la IVE es entonces de observancia en todas las entidades federativas, por lo tanto, la aplicación de la NOM-046-SSA2-2005 es obligatoria para todo el Sistema Nacional de Salud. Además, dicho instrumento establece que la violación, y todos los servicios que implica (manejo de lesiones, prevención de infecciones de transmisión sexual, anticoncepción de emergencia o interrupción de embarazo, contención psicológica, etc.) se clasifican como una urgencia médica y su atención es impostergable. Es de resaltar que en casos de violación NO se enuncia un límite con respecto a la etapa gestacional para hacer disponible la IVE en las instituciones de salud.

Con respecto a menores de edad, el acceso a los servicios de aborto en embarazo forzado se refuerza con la NOM-047-SSA2-2015 Para la atención a la salud de la población de 10 a 19 años, que dispone que, en el caso de niñas o adolescentes embarazadas se deberá considerar la presencia y búsqueda intencionada de factores de riesgo y/o signos y síntomas que identifican embarazo, prácticas sexuales sin protección, acoso y violencia; dar consejería y, de ser necesario, hacer una derivación a los servicios especializados o a las unidades de segundo y tercer nivel de atención.

Finalmente, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) resolvió en la **Acción de Inconstitucionalidad 148/2017 del año 2021**, con base en el análisis de los Art. 240 y 241 del Código penal de Coahuila, que es inconstitucional establecer un plazo (con referencia a la edad gestacional) para solicitar una interrupción de un embarazo forzado por violación y en particular señala que:



**Desconoce la situación en que es colocada una mujer que, además de haber sufrido el violento acto invasivo, resulta con el inicio del proceso de gestación, y es ajena a la tragedia que enfrenta una mujer con tales lesiones que sólo pueden complicarse en la medida de sus condiciones personales (SCJN, 2021, párrafo 291).**

Y en esa medida advierte que para estos casos existe:



**La necesidad de que el sistema jurídico, las normas y sus operadores, funcionen en el marco de un plazo no limitado de esa manera, siendo necesaria la inclusión de previsiones que permitan brindar acompañamiento (médico y psicológico) de la manera más ágil posible, pero que también puedan extenderse en la medida de que pueda ejecutarse un procedimiento seguro en relación con la mujer (SCJN, 2021, párrafo 292).**

Estos criterios fueron resueltos por la mayoría de votos de las y los Ministros de la SCJN y constituyen, igualmente, un precedente de aplicación obligatoria en las 32 entidades federativas.

## **2. Interrupción de un embarazo por motivos relacionados con la salud integral**

La siguiente categoría que respalda el acceso a la interrupción de un embarazo refiere a la perspectiva de protección del derecho a la salud, que a su

vez se vincula con otra serie de derechos constitucionales y que resultan en el ejercicio de la autonomía reproductiva. En este contexto, la salud es considerada desde un punto de vista integral, es decir, en el que un posible riesgo a consecuencia de un embarazo influye sobre diferentes aspectos de la vida de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Existen dos sentencias de la SCJN que ayudan a conceptualizar los motivos relacionados con la salud integral y que van más allá de la consideración del riesgo a la salud o peligro de vida, enunciados en el marco de los códigos penales como condiciones absolutorias de un delito penal. Primero, en el Amparo en revisión 1388/2015, la SCJN reconoce la salud desde un enfoque de bienestar:



**La relación específica entre salud, bienestar e interrupción del embarazo reconoce la posibilidad de acceder a una interrupción de embarazo, que sea segura, como una circunstancia que contribuye al bienestar de las mujeres, no sólo en aquellos casos en los que su integridad física se encuentre en riesgo, sino también cuando la continuación del embarazo se presenta como incompatible con su proyecto de vida (SCJN, 2019, párrafo 117).**

Con ello, el aborto se posiciona como una intervención terapéutica para posibilitar el ejercicio del derecho a decidir, colocando al centro la salud desde un punto de vista integral e incluyendo las condiciones de salud física, mental y social. Así, se amplifica la noción de que la salud va más allá del bienestar físico. Para sustentarlo, la SCJN señala que existen una serie de barreras estructurales basadas en la desigualdad de género como estructura social, que impiden que las niñas, adolescen-

tes y mujeres cuenten con condiciones mínimas indispensables para la toma de decisiones sobre su trayectoria sexual y reproductiva, desde un lugar autónomo. Esta una lectura de las condiciones en las que las mujeres y/o personas con capacidad de gestar buscan un aborto inducido con la premisa de que, cuando una experiencia vital impacta sobre el derecho a la salud, impide o limita la toma de decisiones para el plan de vida y la defensa de los intereses propios. Asimismo, esto condiciona también afectaciones futuras para su salud.

Por otra parte, el Amparo en Revisión 267/2023 define la “obligación de garantizar” los servicios por parte del Estado y propone las dimensiones con las consideraciones mínimas para hacerlo. Esta obligación considera que las personas tomadoras de decisiones deberán accionar las medidas necesarias para que los sistemas de salud contemplen elementos institucionales para su aplicación, contenido y alcance de las condiciones que el Estado deberá proveer: disponibilidad (número suficiente de establecimientos), accesibilidad (entendido como no discriminación, alcance geográfico, asequibilidad y acceso a la información), aceptabilidad (sensibilidad a los requisitos del género y ciclo de vida) y calidad (apropiados desde un punto de vista científico y médico). Ver detalles más abajo.

### **3. Libre decisión o interrupción legal del embarazo (ILE)**

Finalmente, la tercera categoría refiere a la solicitud por libre decisión de la interrupción de un embarazo, sin un motivo relacionado con las relaciones sexuales no consentidas o con aquellos relacionados con la salud. Diversas entidades federativas reformaron su legislación en materia penal para reconocer de manera explícita el derecho de las personas a tomar decisiones libres, informadas y seguras en el ejercicio de su autonomía sexual y reproductiva. Dichas reformas comenzaron en

2007 en la Ciudad de México seguidas por el estado de Oaxaca en 2019. Entre 2021 y 2025 cambiaron de manera significativa los códigos de tres cuartas partes de las entidades federativas.

En 2022, si bien el Código Penal Estatal de Coahuila no fue modificado y sigue conteniendo las penas para el delito de aborto, la SCJN concluyó con el Engrose de la Acción 148/2017 sobre autonomía reproductiva, que el Código no se alinea con lo protegido por la Constitución y declara la invalidez de los Art. 195, 196, 198 y 199 del Código Penal de dicha entidad federativa.

En esta ruta legal, el aborto se encuentra despenalizado con un enfoque que visualiza la interrupción del embarazo como un excluyente del delito. En otras palabras, no puede considerarse una conducta tipificable porque se protege el bien jurídico del artículo cuarto Constitucional. Este enfoque protege la libre solicitud para inducir un aborto hasta las primeras 12.6 semanas de la gestación, aunque en el caso de Sinaloa el Código Penal Estatal lo señala hasta la semana 13<sup>7</sup>. Además, es de resaltar que en seis de las doce entidades federativas arriba señaladas se modificó la Ley Estatal de Salud para incluir la descripción de la organización y operación de los servicios que garanticen el acceso al aborto legal y seguro.

Como se ha descrito en los apartados previos, la legislación mexicana ha transitado de considerar el aborto inducido como un delito a reconocer que la criminalización absoluta de las mujeres y personas con capacidad de gestar que abortan, y las personas que les acompañan, es discriminatoria e inconstitucional, como analiza y concluye la SCJN en la Sentencia 148/2017. Es así que

---

7. Estas categorías se encuentran enmarcadas en el paradigma de protección de derechos humanos que la Suprema Corte de Justicia de la Nación posiciona en el engrose de las Sentencias publicadas en 2022 sobre autonomía reproductiva. Aunque tiene un sentido normativo y jurisprudencial de aplicación nacional, esta perspectiva continúa en convivencia con el antiguo sistema de causales en varias entidades federativas.

en el contexto de México prevalece la interacción entre tres categorías legales que, por un lado son un marco suficiente y sólido para determinar la garantía en el acceso a la interrupción de un embarazo, y que por otro tienen el pendiente de traducirse en un conocimiento amplio y a todos los niveles, tanto entre las personas servidoras públicas responsables de la oferta de servicios como en la población en general.

### 1.3. POLÍTICA PÚBLICA SOBRE ABORTO SEGURO

El Sistema Nacional de Salud consiste en los sectores público (Secretarías de Salud, IMSS-Bienestar), social (IMSS, ISSSTE, etc.) y privado. La Secretaría de Salud federal tiene la función rectora sobre todo el sector salud y opera a través de la regulación y control sanitario, la emisión de Normas Oficiales Mexicanas, lineamientos técnicos y guías de práctica clínica, así como de programas, planes y decretos que sean publicados en el Diario Oficial de la Federación. En otras palabras, la Secretaría de Salud es encargada de diseñar la política pública para todo el país y tiene un rol de gestión, administración y coordinación de la prestación de los servicios públicos a través de las Secretarías de Salud Estatales, el cual comparte con IMSS-Bienestar.

Con el reciente acuerdo de creación del organismo público descentralizado IMSS-Bienestar OPD, publicado en el Diario Oficial de la Federación en agosto de 2022, se modificaron las funciones de la prestación de servicios del IMSS-Bienestar, antes limitadas a la población rural y se amplió su rol en la administración de servicios de atención a la salud a otras poblaciones. En algunas entidades federativas esto quiere decir que la operación de los servicios dependientes de las Secretarías de Salud Estatales se han transferido al OPD.

Como parte de la estructura de la Secretaría de Salud, el Centro Nacional de Equidad de

Género y Salud Sexual y Reproductiva (CNEGSSR) es un órgano desconcentrado con la función rectora en materia de salud sexual y reproductiva, según las atribuciones establecidas en el Art. 40 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud<sup>8</sup>. Es así que para la administración federal del periodo 2018-2024, desde el CNEGSR se diseñó un Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024<sup>9</sup> que enmarca seis líneas estratégicas para garantizar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos en el país: anticoncepción, salud sexual y reproductiva para adolescentes, salud materna, salud perinatal, violencia de género y sexual y, por primera vez, un eje temático prioritario sobre aborto seguro.

Entre otros objetivos, dicho programa fue diseñado para avanzar en la garantía del acceso al aborto seguro en el marco legal vigente, mediante estrategias que aumentaran la disponibilidad y el acceso a servicios de salud. La lógica de instalación de una línea estratégica sobre aborto seguro obedeció a una necesidad de salud pública previamente desatendida, considerando que no existía una capacidad de atención ni siquiera para cubrir la demanda de IVE, que ya era una figura legal para aborto inducido años atrás. Es así que la premisa causal que lleva a pensar que los cambios legales implican la instalación de servicios prevalece como una interpretación en documentos públicos, instituciones y profesionales en la provisión de servicios, tanto dentro y fuera del área de la salud.

Entre 2020 y 2023, para hacer operar el componente de aborto seguro dentro del Programa, se conformaron nuevos equipos de trabajo a

---

8. Secretaría de Salud, 2018. *Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos*. Disponible en: <https://linkr.it/3lohX4>

9. Secretaría de Salud, 2020. *Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva. 2020-2024*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Disponible en: <https://linkr.it/1dNeCz>

nivel federal y, a través de subsidios con recursos federales, se financió la contratación de recursos humanos, la compra de insumos y de equipamientos para los servicios de las secretarías de salud estatales de las 32 entidades federativas. La instalación de los servicios fue acompañada de estrategias de gestión y aseguramiento de insumos, capacitación del personal de salud en los ámbitos gerenciales, de gestión y operativos e información dirigida tanto a la población como al personal de salud. Con ello, se planteó la promoción y difusión de la existencia de los servicios de aborto seguro, además de fortalecer la capacidad instalada del personal y del registro de las atenciones así como el monitoreo de procesos y resultados.

#### 1.4. ESTÁNDARES TÉCNICOS SOBRE ABORTO SEGURO

Como herramienta para guiar la implementación de la política de aborto a nivel nacional y en todos los sistemas de atención públicos del país, el CNEGSR publicó el **Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México**<sup>10</sup>. El lineamiento establece la obligatoriedad de la prestación del servicio conforme al marco legal vigente y las características de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad (ver más adelante) en concordancia con los estándares y evidencias promovidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Establece además los criterios básicos para la atención oportuna, resolutive e integral, basada en la mejor evidencia científica disponible, perspectiva de género y derechos humanos a las que todas las mujeres y personas con capacidad de gestar deben acceder en la búsqueda de una interrupción del emba-

razo. En su segunda edición de 2022, el lineamiento fue avalado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), además de organizaciones de la sociedad civil.

En cuanto a los contenidos, el Lineamiento plantea una intervención costo-efectiva en el Sistema Nacional de Salud, con cinco criterios básicos en la calidad del servicio para el abordaje de abortos espontáneos o inducidos, tanto de embarazos viables o no viables: 1) uso de tecnologías que sustituyen y erradican el uso del legrado en la mayor parte de los desenlaces de aborto; 2) capacidad técnica instalada del personal que provee el servicio; 3) manejo ambulatorio, incluyendo manejo farmacológico y conductual del dolor; 4) provisión de anticoncepción post evento obstétrico desde una perspectiva de derechos humanos; y 5) acompañamiento del personal de salud para una experiencia afirmativa.

Durante 2020, se realizó un diagnóstico situacional en todo el país con el objetivo de identificar barreras y facilitadores en la atención al aborto seguro en los servicios públicos dependientes de las secretarías de salud estatales. Los resultados de dicho análisis mostraron dos problemas fundamentales: el uso generalizado e indiscriminado del legrado para el abordaje clínico y el estigma hacia las usuarias y el personal de salud que les acompaña como una de las razones estructurales en la violencia institucional (negación de servicios, maltrato o mala praxis).

Con esa perspectiva, entre 2021 y 2022, el CNEGSR instaló en todo el país espacios que modelaron los servicios con estándares de atención basados en las cinco características concentradas en el Lineamiento. Los servicios diferenciados que se instalaron sirvieron para priorizar la atención del aborto de manera ambulatoria, sin demoras, con trato libre de estigmas y sin impor-

10. Secretaría de Salud, 2022. *Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Sexual y Reproductiva. Disponible en: <https://linkr.it/4lJ6im>

tar la razón asociada a la búsqueda de atención o el sitio de primer contacto con la usuaria. Con datos al cierre de 2023, se reportó la existencia de 105 Servicios de Aborto Seguro (SAS) en el directorio de servicios publicado en la página del propio CNEGSR.

No obstante, a la experiencia adquirida con la operación de los SAS, en 2022 se publicó en el Diario Oficial de la Federación del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar<sup>11</sup> que acompaña el proceso de reorganización del Sistema Nacional de Salud arriba descrito y propone una nueva guía para organización de la atención. Esta guía aborda los recursos, procesos y funciones transversales para la implementación y operación de programas, estrategias e intervenciones específicas. A pesar de que el MAS Bienestar enlista las “Prioridades en Salud Pública” para el país, bajo las cuales se encuentran los “Modelos de atención para asegurar los derechos de salud sexual y reproductiva y disminución de mortalidad materna” y que incluyen garantizar el acceso a servicios de aborto seguro, las modificaciones administrativas y en la provisión de servicios a nivel de las entidades federativas han impactado sobre la replicabilidad y/o continuidad que se le pueda dar al modelo operativo de los SAS.

En específico, está pendiente definir cómo se distribuirá, programará y trazará el presupuesto federal para que el IMSS Bienestar pueda operarlos. Igualmente tendrán que esclarecerse cuáles actividades de rectoría articulan el trabajo de las actuales Secretarías de Salud como las instancias con atribuciones para ejecutar procesos sustantivos como la capacitación y supervisión en los parámetros de calidad de la atención dentro de unidades médicas que han sido transferidas y ya no se encuentran a su cargo. Entre

otros temas a resolver en el proceso de reorganización del Sistema Nacional de Salud está implícito el análisis de insumos, infraestructura y recursos humanos.

## 1.5. DERECHO A LA SALUD Y ACCESO A SERVICIOS

El acceso a servicios de aborto como demanda de las mujeres, adolescentes, niñas y personas con capacidad de gestar, así como de la sociedad civil organizada, constituye un objetivo para el cual se desarrollan una serie de acciones y estrategias de visibilización, abogacía e incidencia, las cuales se sustentan en la conceptualización del aborto como un proceso y motivo de atención en el marco del continuo de atención integral a la salud sexual y reproductiva. Por lo tanto, constituye un tema prioritario de salud pública y garantía del derecho a la salud.

Una vez inscrito en este marco de referencia, **la Observación general No. 14: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, al artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC)**<sup>12</sup>, desarrolla los elementos esenciales del derecho a la salud, a partir de cuatro conceptos centrales:

- a) Accesibilidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, y se basa en cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica o asequibilidad y acceso a la información.
- b) Disponibilidad:** Refiere a la existencia en número suficiente de establecimientos, servicios y programas que contemplen los factores determinantes básicos de la salud:

11. Secretaría de Salud, 2022. *ACUERDO por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR)*. Disponible en: <https://linkr.it/WvRdO>

12. Comité de Derechos Económicos y Sociales, 2000. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, *Observación General 14*. Disponible en: <https://linkr.it/hUogdt>

condiciones sanitarias adecuadas, equipamiento e insumos, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado.

camentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado y condiciones sanitarias adecuadas.

**c) *Aceptabilidad:*** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser culturalmente apropiados, basados en los principios éticos y la confidencialidad, sensibles a las necesidades diferenciales (por género, grupo étnico, religión, etapa del ciclo de vida, entre otras) con la finalidad de mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

**d) *Calidad:*** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, teniendo como referencia las evidencias y recomendaciones vigentes. Se requiere: personal de salud, técnico y auxiliar capacitado, medi-

Los componentes del derecho a la salud orientan a identificar los tipos de brechas que existen para el ejercicio y la garantía del derecho a la salud en lo general, así como en sus diferentes formas de concreción: disponibilidad de información, acciones de promoción y acceso a servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. Estas brechas se traducen en barreras concretas que las personas usuarias enfrentan de manera cotidiana, las cuales pueden ser documentadas y analizadas para identificar las posibles causas, procesos, actores o instituciones involucradas, medios para afrontarlas y qué estrategias pueden contribuir a reducirlos, así como las limitantes o márgenes de incidencia.

# 2

## Objeción de conciencia

**En la versión más actualizada de la LGS disponible en el repositorio del H. Congreso de la Unión<sup>13</sup>** se puede consultar que el artículo 10 Bis, adicionado a la normativa en 2018, fue declarado inválido como uno de los puntos resolutive de la **sentencia 54/2018 de la SCJN** publicada el 21 de diciembre del 2021<sup>14</sup>. Este artículo se encontraba contenido en el Capítulo I de la LGS sobre “disposiciones comunes” referentes al funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, sus objetivos y algunos mecanismos de coordinación. El artículo 10 Bis establecía que:



El personal médico y de enfermería que forme parte del Sistema Nacional de Salud, podrán ejercer la objeción de conciencia y excusarse de participar en la prestación de servicios que establece esta Ley. Cuando se ponga en riesgo la vida del paciente o se trate de una urgencia médica, no podrá invocarse la objeción de conciencia, en caso contrario se incurrirá en la causal de responsabilidad profesional. El ejercicio de la objeción de conciencia no derivará en ningún tipo de discriminación laboral.

En ningún otro apartado, capítulo o referencia ni de la LGS, ni del RLGP-SAM se establece mayor detalle sobre lo que es la objeción de conciencia, cómo ejercerla y en qué situaciones podría excusarse el personal médico

<sup>13</sup>. Ley General de Salud. Disponible en: <https://linkr.it/yEySI>

<sup>14</sup>. SCJN. Sentencia de la Acción de Inconstitucionalidad 54/2018. 21/09/2021. Disponible en: <https://linkr.it/3QsZqN>

de prestar una atención, aunque sí se encuentra la definición de una urgencia médica al que hacía referencia el artículo invalidado. En este tenor, existen una serie de elementos, que incluso en el contexto posterior a la sentencia de la SCJN son relevantes para la conversación sobre objeción de conciencia.

El Capítulo IV a propósito de las Disposiciones para la prestación de servicios en Hospitales, señala que una urgencia médica es: “todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata” (RLGSPSAM, art. 72). Además, especifica que el responsable del servicio de urgencias está obligado a tomar las medidas que aseguren la valoración de la persona usuaria y su tratamiento o la estabilización de sus condiciones para transferirla<sup>15</sup> cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva. La unidad receptora estará obligada a la recepción de la persona usuaria<sup>16</sup> y el traslado deberá llevarse a cabo con recursos de la unidad que realiza el envío<sup>17</sup>. También, el Reglamento hace énfasis en que los recursos deberán ser suficientes e idóneos, de acuerdo con las normas oficiales, funcionar las 24 horas y contar de manera permanente con un médico de guardia<sup>18</sup>.

En concordancia, la **Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005**, también contiene una serie de detalles sobre objeción de conciencia. En la versión del 2009 ya se contemplaba, pero con la modificación del 2016 la fracción 6.4.2.7 menciona que se deberá respetar la objeción de conciencia del personal médico y de enfermería. Además, se agrega en la fracción 6.4.2.8, que las instituciones públicas deberán contar con “médicos y enfer-

meras capacitados no objetores de conciencia”. De manera unísona con el Reglamento se establece que, de no contar con el servicio de manera oportuna y adecuada, “se deberá referir de inmediato a la usuaria, a una unidad de salud que cuente con este tipo de personal y con infraestructura de atención con calidad” (NOM-046, fr. 6.4.2.8)<sup>19</sup>.

Como ya se mencionaba anteriormente, esta modificación a la NOM-046 ocurrió en el contexto de la necesidad de armonizarla con lo dispuesto en la Ley General de Víctimas, pues en la medida en la que la violación es un delito, la LGV reconoce los derechos de las víctimas de violación sexual. En el Capítulo Primero de la LGV, sobre las “medidas de ayuda inmediata”, se mencionan particularidades relevantes para la búsqueda práctica de atención sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo. Estas medidas suman elementos sobre la imposibilidad de ejercer objeción de conciencia ante situaciones que ponen en riesgo la vida del paciente o se trata de emergencias médicas:

1. Que la gravedad del daño sufrido es el eje que determina la asistencia y la prestación de servicios o la implementación de acciones en las instituciones encargadas de brindar atención y tratamiento. Estos servicios además deben tomar en cuenta el grado de vulnerabilidad de la víctima y reconoce de manera explícita a niñas y mujeres<sup>20</sup>.
2. Reconoce a las instituciones hospitalarias federales, estatales y municipales como obligadas a dar atención de emergencia y de manera inmediata, sin exigir alguna condición previa para la admisión<sup>21</sup>.

15. RLGSPSAM, Art. 73

16. RLGSPSAM, Art. 74

17. RLGSPSAM, Art. 75

18. RLGSPSAM, Art. 87

19. DOF, NOM-046. 24/03/2016. Disponible en: <https://linkr.it/2oz81U>

20. LGV, Art. 28

21. LGV, Art. 29

3. Los servicios de emergencia médica incluyen la interrupción voluntaria del embarazo y la atención para derechos sexuales y reproductivos<sup>22</sup>.
4. En cada entidad pública que brinde servicios, asistencia y atención a víctimas se dispondrá de personal capacitado en el tratamiento de la violencia sexual con enfoque transversal de género<sup>23</sup>.

Hasta aquí, esta revisión da cuenta de que, aunque la objeción de conciencia haya estado mencionada en la LCS, la exención de participar en la prestación de servicios no sería válida cuando se tratara de atención en casos de urgencia médica. Se identifica también que, en el reconocimiento del derecho de las víctimas de violación sexual, las situaciones de aborto relacionadas con la Interrupción Voluntaria del Embarazo se enmarcan en dicha categoría de urgencia. Para complementar este punto además de la LCS existen una serie de normativas que profundizan en la operatividad de la objeción de conciencia y así se determina que la exención es individual y no institucional y que, en todo caso, los establecimientos de salud que no cuenten con capacidad resolutoria, por ésta u otra causa, se encuentran obligados a realizar la referencia a otro establecimiento, bajo una serie de características y sin añadir o anteponer barreras administrativas adicionales.

También podemos encontrar elementos relevantes en un ámbito más administrativo. De acuerdo con el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud<sup>24</sup>, las tareas de rectoría deberán llevarse a cabo con el auxilio de unidades administrativas y órganos desconcentrados. En esa medida dos órganos desconcentrados son

actores administrativos relevantes sobre la objeción de conciencia.

Por un lado, la Comisión Nacional de Bioética, en el cumplimiento de sus obligaciones, en 2020 –y antes de la Sentencia de invalidez del Artículo 10Bis–, realizó un pronunciamiento<sup>25</sup> acerca de la objeción de conciencia. En él, plantea la objeción de conciencia como un conflicto de interés y declara la responsabilidad directa de los establecimientos de salud para instrumentar políticas de manejo en dichos conflictos para salvaguardar lo dispuesto en la Constitución sobre el derecho a la Salud y el respeto a la libertad religiosa.

Este pronunciamiento reconoce:

- **La relación asimétrica entre el profesional y el usuario de los servicios de salud.**
- **El conflicto de interés como un aspecto frecuente en el ejercicio de la práctica médica.**
- **La necesidad de que la objeción de conciencia sea cuestionada en cada caso, incluso por la persona objetora, pues en cada situación se debe considerar su capacidad para abordar las opciones terapéuticas y el cumplimiento de sus obligaciones profesionales.**
- **La competencia de los establecimientos para la identificación de conflictos potenciales y su gestión por medio de mecanismos administrativos y procesales.**
- **Las diferencias entre la negación a realizar una obligación profesional y el ejercicio del derecho a la libertad de culto.**
- **La necesidad de identificación de quienes no comparten los valores requeridos para cum-**

22. LGV, Art. 30 y Art. 35

23. LGV, Art. 35

24. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Art.2

25. CONBIOÉTICA. *Pronunciamiento sobre Objeción de conciencia en el proceso de atención a la salud*. Disponible en: <https://linkr.it/C8Tt>

**plir con los estándares de atención desde la formación del equipo multidisciplinario de atención, con la finalidad de sustituirles y asegurar la prestación del servicio.**

El pronunciamiento concluye con claridad señalando que en las instituciones públicas puede tener lugar el ejercicio individual del derecho a la libertad de conciencia de los profesionales, pero que éste no es un derecho absoluto en la medida en la que no les exime de la responsabilidad profesional. En cambio, en los establecimientos de salud debe primar la protección del derecho a la salud del que son garantes de acuerdo con la normativa antes analizada.

Por otro lado, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Sexual y Reproductiva, desde la primera edición del Lineamiento técnico (junio 2021), destinó una sección sobre “Obligaciones éticas y profesionales del personal de salud”. En dicha sección se analiza la objeción de conciencia precisamente como una sustracción del cumplimiento de un mandato jurídico –en este caso el del aborto–, basada en motivos éticos, filosóficos o religiosos. Aunque en la segunda edición, ya se retoma lo pronunciado por la SCJN sobre la objeción de conciencia como un derecho del personal médico y de enfermería<sup>26</sup>. El Lineamiento también hace énfasis en que se trata de un ejercicio individual que debe ser tratado como una excepción, que sólo puede ser ejercido en casos en los que no represente un riesgo a la salud y la vida de las usuarias. Se reconocen también las obligaciones del personal médico para proveer información y referencia en el marco de la normativa vigente.

Asimismo, reconoció que la figura de objeción de conciencia corría el riesgo de usarse de manera inadecuada en distintos niveles de actuación, incluso cuando no se tratase de personal directa-

mente involucrado en la atención médica. El uso ambiguo e inadecuado causaría retrasos, negación u obstáculos que reproducen el estigma por abortar y ocultaría las dificultades que el personal de salud tiene para lidiar con la atención sobre aborto. Estas barreras podrían ocasionar que el personal de salud incurriera en responsabilidades administrativas sujetas a sanciones. Es por ello que, el documento aborda de manera extensiva los aspectos jurídicos y regulatorios, con la finalidad de asegurar que la figura de objeción de conciencia no impida el acceso a los servicios, particularmente en las situaciones de urgencia médica. En todo caso, se señala como obligatorias dos condiciones adicionales a lo ya mencionado por la normativa analizada previamente:

1. Que cada institución del Sistema Nacional de Salud cuente con un equipo médico y de enfermería no objetor suficientes para brindar la atención con oportunidad.
2. Que se cuente con rutas previamente diseñadas para la referencia inmediata, sin demora o trámite, con el personal no objetor.

En consonancia con lo anterior, en 2022 la CONBIOÉTICA emitió un nuevo pronunciamiento<sup>27</sup> con posterioridad a las resoluciones de la SCJN. En él propone una definición de objeción de conciencia:



**La objeción de conciencia es la excepción individual que solicita el personal médico profesional y de enfermería adscrito al Sistema Nacional de Salud, dentro del**

<sup>26</sup>. CNEGSR. *Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México*. Disponible en: <https://bit.ly/4hnwqzT>

<sup>27</sup>. CONBIOÉTICA. *Pronunciamiento sobre Objeción de Conciencia*. Disponible en: <https://bit.ly/4hpWytV>

ámbito de sus competencias, para excusarse de realizar un acto médico en el que está directamente involucrado, que cuenta con sustento científico, legalmente aprobado y jurídicamente exigible, al considerarlo incompatible con sus convicciones éticas, religiosas o morales, sin menoscabo al derecho a la atención de la salud de la persona cuya necesidad genera el acto objetado (CONBIOÉTICA, 2022).

Este pronunciamiento hace varias consideraciones sobre el alcance y los límites de la objeción de conciencia. Por un lado, reitera su posicionamiento sobre que:

- La objeción de conciencia puede ser tratada como conflicto de interés entre las necesidades que requieren un acto médico, las obligaciones del personal de salud y sus convicciones éticas, morales o religiosas.
- La objeción de conciencia ofrece una exención de cumplimiento de las obligaciones médicas ante dicho conflicto, pero idóneamente debería llevarse a cabo de forma individual, específica e intransferible.
- Existe una necesidad de considerar la proporción entre el riesgo derivado de la privación del servicio y la integridad del objetor.
- Existe una obligación de las instituciones de salud de brindar servicios de calidad y sin discriminación.
- La libertad de conciencia se encuentra protegida en el fuero interior, no en la conducta pública. Son las instituciones las responsables de proveer servicios con criterios de temporalidad, forma y oportunidad.

Por otro lado, se añaden nuevas, o más profundas, consideraciones sobre lo siguiente:

- Que la objeción, para ser legítima, se lleve a cabo en un marco de derechos humanos que no dé lugar al incumplimiento de los deberes médicos o el acceso a los servicios.
- El retraso o entorpecimiento de la atención a la salud por objeción de conciencia constituye negligencia médica.
- Señala la necesidad de anticipación de la objeción por parte del personal médico ante una situación determinada y su participación en la solución del problema que esto produce.
- Solo podrán ser objetores los profesionales directamente implicados en la acción médica. En ese sentido, notar que la mayor parte del personal se encuentra fuera de la posibilidad de realizar actos, procedimientos o técnicas que requieran la objeción de conciencia.
- Las acciones previas o sucesivas a la atención médica no guardan relación con la conducta objetada, por lo que la negativa para participar en procesos subyacentes a la prestación de servicio, incluida la referencia, resulta ilegítima.
- Cuando por razones de objeción de conciencia el establecimiento no cuente con personal, debe recurrir a alguna de tres opciones: contratar más personal con capacidad para la prestación de servicios (lo cual no tiene efecto inmediato), realizar la referencia con las características delimitadas en la normativa o simplemente otorgar el servicio con el personal que cuente.

- **El Sistema Nacional de Salud parte del supuesto de que todo el personal se encuentra preparado para enfrentar las necesidades de la población. Cuando ocurre un conflicto de interés son los interesados quienes tienen la responsabilidad de manifestar su situación y solicitar una exención. El personal que no tiene conflicto de interés no es un “no objetor de conciencia”, sino solo personal que debe cumplir con sus obligaciones.**
- **Un registro de objetores establece una división improcedente del personal, pues implica realizar *a priori* una toma de postura moral de un hecho del que no se tiene certeza que ocurra. Por lo tanto, un registro de objetores y no objetores no tiene lugar, produce cargas administrativas innecesarias y desconfianza en la relación profesional con las personas usuarias de los servicios.**

En este nivel más específico del ejercicio de la objeción de conciencia, establecido por los órganos rectores de la Secretaría de Salud, destacan entonces tres conclusiones comunes útiles para enmarcar la prestación sobre servicios de aborto seguro:

1. Existe desde lo más general y legislativo, hasta lo más técnico y administrativo, una reiteración del ejercicio individual, las obligaciones de las instituciones y los actores susceptibles de ejercer la objeción de conciencia.
2. La objeción de conciencia no es un posicionamiento *a priori* del personal de salud, sino una excepción que los exenta de participar en un procedimiento médico —en este caso el aborto—, protegiendo su derecho a la libertad de conciencia. Su ejercicio se evalúa ante cada situación específica frente a un dilema bioético determinado, con elementos concretos a reconocer y evaluar caso por caso. Estos elementos

podrían producir un conflicto de interés para el personal médico. En ese sentido, es el personal médico interesado en acceder a esta excepción quien debe notificar sobre su conflicto de interés. Por lo tanto, se asume que se puede contar con todo el personal médico que está en obligación y capacidad de realizar atención médica sobre aborto en los servicios de salud, hasta que éste manifieste su conflicto moral.

3. Aunque no existe un mecanismo administrativo determinado, homólogo y explícito para realizar dicha manifestación individual, sí existen límites y obligaciones profesionales individuales y de regulación para los establecimientos de atención a la salud. En ese sentido, es necesario que cada institución cuente con equipos suficientes para proveer la atención de aborto con oportunidad. Así como es necesario que cuenten con rutas de referencia que anticipen el aseguramiento del acceso en condiciones basadas en los estándares de calidad de la atención médica, sustentada en toda la normativa previamente analizada en este documento.

## 2.1 ¿POR QUÉ EL ARTÍCULO 10 BIS SOBRE OBJECIÓN DE CONCIENCIA ES INCONSTITUCIONAL?

En junio de 2018, un mes después de que se publicara la reforma a la LGS que adicionaba el artículo 10 Bis sobre objeción de conciencia, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), en el cumplimiento de sus competencias sobre la observancia de la salvaguarda de derechos fundamentales en las normativas de nuestro país, alegó la inconstitucionalidad de dicho artículo y sus transitorios.

La CNDH argumentó tres razones de invalidez:

1. **Restricciones sobre la protección del derecho a la salud.** El derecho a la salud está protegido por la constitución en la medida en la que ésta

es fuente esencial de tales derechos. El artículo cuarto Constitucional menciona que el derecho a la salud debe hacerse efectivo a través de servicios públicos que el Estado tiene la obligación de garantizar. En ese sentido, aún a pesar de que no existiera acuerdo sobre si la objeción de conciencia es un derecho o un mecanismo de protección al derecho de la libertad de conciencia, es inconstitucional. Por un lado, porque no se encuentra reconocido como derecho en el texto constitucional y por lo tanto la LGS no puede reconocerlo así. Por otro lado, porque limita el derecho a la salud impactando en su protección, puesto que podría impedir el acceso a los servicios establecidos por la propia LGS (atención médica, salud pública y asistencia social) y las obligaciones establecidas en ésta para el personal de salud.

- 2. La indebida regulación de la objeción de conciencia.** La facultad de determinar el derecho a la objeción de conciencia o los límites del derecho a la salud, no es facultad de las autoridades administrativas, ni de legisladores. Por un lado, el Art 10 bis habilita a la Secretaría de Salud para desarrollar los mecanismos administrativos para el ejercicio de la objeción de conciencia sin establecer límites claros, generando arbitrariedad e incertidumbre pues se vuelve dependiente del proyecto del Ejecutivo en turno. Por otro lado, su inclusión en la LGS favorece la posibilidad de que las legislaciones estatales la incluyan en las correspondientes leyes estatales de salud y, o a través de una heterogeneidad de regulaciones. Con ello, se da una extralimitación de las facultades de los legisladores, que no pueden determinar el alcance y contenido de derechos fundamentales. Además, el artículo 10 Bis no explicita la obligación del Estado en la oferta de servicios y no se garantizan las características de disponibilidad, accesibilidad y oportunidad, dejándolas únicamente en el

ámbito administrativo. Esto propicia un efecto desproporcionado entre la protección del derecho a la libertad de conciencia y la protección el derecho a la salud, pues las personas que no reciben el servicio de atención médica ven afectada su integridad.

- 3. La interdependencia con otros derechos (integridad personal, derecho a decidir, libre desarrollo de la personalidad, acceso a información y métodos anticonceptivos, derecho a la igualdad).** Al enunciarse de manera amplia e imprecisa, la objeción de conciencia podría limitar al acceso a servicios como transfusiones, aborto, personas que viven con infecciones de transmisión sexual, anticoncepción, etc. Estas limitaciones dañan el derecho a la integridad personal y a la vida en la medida en que la falta de atención oportuna en casos que no son considerados urgencia, sí pueden derivar en una. También daña el derecho a decidir y las libertades sexuales y reproductivas, incluidos el derecho a la información y el derecho a la igualdad. En una definición tan amplia y ambigua, el personal de salud podría negarse a brindar servicios como orientación, información y acceso a métodos anticonceptivos, lo mismo que a intervenir en la interrupción del embarazo o negar servicios por preferencias sexuales o identidad de género de las personas. Sobre el aborto, se menciona que la interrupción del embarazo es una decisión autónoma e íntima de las mujeres, que incide sobre su plan de vida y la maternidad no puede ser impuesta ni por el Estado ni por un tercero. Toda interferencia del Estado sobre esa decisión se traduce en una transgresión al libre desarrollo de la personalidad.

Al respecto, la SCJN recibió la respuesta del H. Congreso de la Unión, del Senado de la República, de la Consejería Jurídica del Poder Ejecutivo y de

la Procuraduría General de la República. Estas respuestas argumentan, desde las cuatro instituciones, el reconocimiento constitucional del derecho a la objeción de conciencia vinculado a la libertad de conciencia, la competencia y facultades de los legisladores y autoridades, así como la negación de que se produzcan limitantes a la protección del derecho a la salud. Considerando las posturas, la Corte realizó un estudio de fondo para analizar la validez de dicho artículo. El estudio plantea respuestas a tres interrogantes y luego concluye con un exhorto al Congreso de la Unión.

### **1. ¿Existe un derecho a la objeción de conciencia?**

La respuesta breve es que, sí.

En un Estado laico es posible proteger la conciencia y aun cuando no existiera un derecho como tal, el Estado democrático no puede ser indiferente a su protección y está obligado a valorar los bienes jurídicos en juego. La conciencia se refiere a la creencia religiosa, ideológica, ética o personal. La objeción de conciencia es dependiente de la libertad de conciencia, pues es “el rechazo de una persona, por motivos de conciencia, a someterse a una conducta que en un principio sería jurídicamente exigible”<sup>28</sup>.

Se trata de una reacción individual a una contradicción entre la norma de conciencia y un deber jurídico y no es una simple discrepancia, sino que está vinculada a una fuerte convicción religiosa, ideológica o de creencias que forman parte inseparable de la identidad personal. Ante dicha contradicción se busca la no aplicación de una norma o deber jurídico sin alterar el marco normativo. Se trata de excusar a una persona del cumplimiento de una conducta sin expulsar la norma del sistema.

El análisis se basa en los principios mínimos de laicidad. La laicidad es un principio establecido en

la constitución y reconocido como un pilar fundamental del Estado mexicano. Eso significa: 1) un Estado laico implica la separación entre Estado e iglesias y 2) el reconocimiento y la protección a la libertad de religión, de conciencia y convicciones éticas e ideológicas.

Estas dos libertades (de religión y de conciencia) se encuentran íntimamente relacionadas, pues se tratan de la capacidad de las personas para desarrollar y actuar conforme su visión del mundo, en la que quede definida su relación con lo divino. No obstante, la libertad de conciencia en un sentido más amplio “se trata del derecho a tener unas u otras creencias o ideas, silenciarlas o manifestarlas tanto de palabra como de obra con conductas y actitudes, acomodando éstas a las propias creencias o convicciones”<sup>29</sup>.

En México, más allá del reconocimiento del derecho a la libertad de religión, se reconoce la libertad de cada persona a la ideología (convicciones éticas y de conciencia). En este sentido el Estado no debe establecer, pero tampoco prohibir, religión o creencia alguna. Esto también reconoce la posibilidad de no tener una religión o convicción ética y poder vivir conforme a esos principios e ideales. Dicho componente pragmático implica la interdependencia con otros derechos, como el derecho a la libertad de expresión, de reunión y de enseñanza, etc.

Lo anterior se traduce en tres elementos: libertad para tener unas u otras convicciones o cosmovisión, libertad para expresar y manifestar estas creencias y transmitirlas y libertad para comportarse de acuerdo con dichas convicciones, o no ser obligado a comportarse en contradicción a ellas. De ahí deriva la objeción de conciencia. En el estudio de fondo se utiliza el ejemplo del servicio militar, pero se hace explícito que este no es el único caso donde es válido invocarla. Se conclu-

**28.** SCJN. Sentencia de la Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, párrafo 271.

**29.** SCJN. Sentencia de la Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, párrafo 263.

ye que es una forma de materialización del derecho humano a la libertad de religión, ideológica y de conciencia y comparte fuerza vinculante con lo reconocido en la Constitución.

Si bien la objeción está ligada y protegida por el derecho a la libertad de conciencia, plantea una excepción y la necesidad de una valoración de bienes jurídicos. En esa medida su ejercicio no puede ser ilimitado y se convierte en un asunto de colisión de derechos. No se trata de un derecho general a desobedecer leyes, no puede ser invocada en cualquier caso y bajo cualquier modalidad, no es legítimo invocarla para defender ideas contrarias a la Constitución<sup>30</sup>. La objeción de conciencia es válida únicamente en un contexto democrático con un modelo de protección de Derechos Humanos<sup>31</sup>. Uno de los límites planteados es precisamente la protección de otros bienes jurídicos, de los cuales el ejemplo paradigmático es la salud.

## **2. ¿Cuáles son las dimensiones de la protección del derecho a la salud?**

La interrupción del embarazo puede considerarse una situación de colisión de derechos (el de la libertad de conciencia del personal médico y el de la libertad reproductiva de las mujeres y personas con capacidad de gestar). La inadecuada regulación de la objeción de conciencia podría trasladar cargas excesivas, susceptibles de vulnerar el derecho a la salud, particularmente si se trata de grupos históricamente marginados. La Corte señala que el Estado debe disponer de una regulación adecuada sobre objeción de conciencia, a la par que garantiza el disfrute del grado máximo posible a la protección de la salud.

En el estudio de fondo articula el marco legal y de derechos humanos con los estándares técnicos de protección al derecho a la salud y de un análisis con perspectiva de género. En primer lugar, explicita que la salud se refiere a un estado de bienestar físico, mental, emocional y social completo, que va más allá de la salud física y de una temporalidad determinada. Por lo tanto, la salud sexual y reproductiva está incluida en este estado de bienestar y se relaciona con otras esferas de la persona.

En segundo lugar, reconoce que el derecho a la salud es el disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para avanzar en un estado de bienestar general. Es un derecho fundamental y un bien jurídico protegido por tratados, legislaciones y normas internacionales y nacionales de manera reiterada. El Estado es quien debe proveer todos los mecanismos y el máximo de recursos posibles y necesarios para que las personas tengan acceso a dichas facilidades sin discriminación.

En tercer lugar, esto implica en términos concretos que, en todos los casos en los que se involucren derechos de protección a la salud de las mujeres, personas con capacidad de gestar, personas de la diversidad sexual y de género, es necesario un análisis con perspectiva de género e interseccional<sup>32</sup>. Se deben detectar y eliminar todas las barreras y obstáculos que discriminan a las personas por condición de sexo o género, considerando las situaciones de desventaja, que por cuestiones de género discriminan, e impiden la igualdad.

Desde esta óptica, cuando las mujeres enfrenten riesgos asociados con el embarazo que comprometan su salud física, mental o social<sup>33</sup>, corresponde al Estado mediante las instituciones públicas, garantizar el acceso a los servicios de interrupción

30. SCJN. Sentencia de la Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, párrafo 289.

31. SCJN. Sentencia de la Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, párrafo 292.

32. SCJN. Sentencia de la Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, párrafo 314.

33. Véase las referencias sobre salud integral en el Amparo en Revisión 1388/2015, página xxx.

del embarazo. Se retoma la inconstitucionalidad de la prohibición absoluta del aborto<sup>34</sup> determinada sobre el Código Penal de Coahuila para señalar que, interrumpir un embarazo implica asistencia sanitaria, que debe ser provista por el Estado para no vulnerar principios de dignidad, autonomía, libre desarrollo de la personalidad, privacidad, igualdad, derecho a la salud y libertad reproductiva.

Como ya se abordó en la primera parte de este documento, de acuerdo con el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU existen cuatro características de los servicios de salud<sup>35</sup>. Estas características son retomadas por la Corte y profundizadas al respecto de lo que se espera en términos de la ponderación de derechos sobre objeción de conciencia y libertad reproductiva:

- a) **Disponibilidad.** Disponer en todo momento de un número suficiente de proveedores dispuestos a prestar servicios y capaces de hacerlo en establecimiento públicos y privados a distancias geográficas razonables<sup>36</sup>.
- b) **Accesibilidad.** El Estado debe realizar las gestiones pertinentes para que, en caso de no contar con los recursos o elementos que garantizaran la protección de la salud, se gestionará todo lo necesario para ser atendidas en algún otro hospital del sector salud en el que puedan recibir su tratamiento<sup>37</sup>.

c) **Aceptabilidad.** Los establecimientos de SSR deben ser respetuosos con la cultura de personas, minorías, pueblos y comunidades, tomando en cuenta cuestiones de género, edad, discapacidad, diversidad sexual y ciclo vital. La ausencia de esto, no se puede utilizar para justificar la negativa a servicios adaptados a grupos específicos.

d) **Calidad.** Personal formado y capacidad, medicamentos y equipo científicamente aprobado y en buen estado.

La Corte pone particular atención en estas características cuando se trata de casos de violación sexual, añadiendo criterios a la adecuada regulación. Reitera que la atención que brinden las autoridades médicas debe:

Ser eficiente e inmediata a la solicitud de IVE –para impedir las consecuencias, físicas, psicológicas y de cualquier otra índole. Debe priorizar este tipo de solicitudes cuando: a) exista un impedimento material suficientemente justificado, la institución médica debe ejercer recursos y facultades para proteger la atención en calidad de emergencia, siendo responsable del seguimiento y conclusión del procedimiento; y b) no se pueden implementar mecanismos, ni políticas internas, que impidan el derecho de las víctimas de violación sexual a interrumpir un embarazo producto de ésta<sup>38</sup>.

### 3. ¿El derecho a la objeción de conciencia limita la protección del derecho a la salud?

No, la objeción de conciencia no debería limitar el derecho a la salud, siempre que esté bien regulada. Sin embargo, el Artículo 10 Bis es inválido por deficiente, puesto que, no ofrece límites claros sobre su ejercicio. Por sus consecuencias

34. Véase las referencias sobre autonomía reproductiva en la Sentencia de Acción de Inconstitucionalidad 148/2017.

35. Estas definiciones se abarcaron en la primera sección de este documento con base en lo observado por el Comité. En esta sección se agregan únicamente especificidades señaladas por la SCJN en la Sentencia 54/2018. Ver páginas 21 y 22.

36. SCJN. Sentencia de la Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, párrafo 336.

37. SCJN. Sentencia de la Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, párrafo 345.

38. SCJN. Sentencia de la Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, párrafo 349.

concretas, esta vaguedad se traduce en una violación frontal del derecho de todas las personas al disfrute máximo e integridad de su salud<sup>39</sup>.

A lo largo de todo el análisis de fondo, la Corte reconoce a la objeción como un mecanismo de concreción de la libertad de religión y de conciencia, que sí están protegidas por la Constitución. También reconoce que la competencia de la Secretaría de Salud en la regulación del ejercicio de objeción de conciencia es coherente con el Sistema de concurrencias que contempla la Constitución y sus instrumentos (LCS y Normas Oficiales) y la competencia de los legisladores locales, ajustar los ordenamientos locales para hacerlos congruentes con las reformas legales federales<sup>40</sup>.

Si bien, la objeción de conciencia es un mecanismo constitucionalmente legítimo, el Artículo 10 Bis interpretado en su literalidad tiene como efecto inmediato dificultar la disponibilidad del derecho a la salud, ocasionando que no sean atendidas oportunamente. La deficiencia en la regulación genera riesgos superlativos en la protección de los derechos de las mujeres, pues a este análisis deberán sumarse las condiciones históricas de desigualdad en las que las mujeres y personas con capacidad de gestar enfrentan condiciones sociales que se convierten en determinantes de la salud. Estas desventajas, colocan a dichos grupos en una situación de discrimina-

ción estructural en el ejercicio de sus derechos, específicamente en el de protección a la salud y a la salud sexual y reproductiva.

Esta deficiencia crea una colisión de derechos y convierte el problema en un tema de límites del ejercicio del derecho. Por lo tanto, la objeción de conciencia no se trata de un derecho absoluto. Para su ejercicio deberán proveerse límites que vuelvan su regulación constitucionalmente válida. La SCJN va elaborando una serie de criterios de lo necesario para que la regulación otorgue pautas necesarias y suficientes para delimitar sus alcances:



#### **4. ¿Qué concluye la Sentencia sobre Objeción de Conciencia?**

- **Declara inconstitucional e inválido el Artículo 10 Bis y sus transitorios<sup>41</sup> de la LCS.**
- **Exhorta al Congreso para regular de manera urgente y prioritaria la objeción de conciencia. Esta regulación deberá tomar en cuenta como requisitos mínimos los límites planteados en la Sentencia y explicita que la legislación deberá contener al menos lo siguiente:**

1. Es un derecho individual. Desde este fuero, el personal médico y de enfermería puede negarse a realizar algún procedimiento sanitario que forme

39. SCJN. Sentencia de la Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, párrafo 497.

40. Esto en el tenor de que, la Secretaría de Salud está facultada, como se ha revisado antes en este documento, para emitir normas técnicas de salubridad general que aseguren la uniformidad de principios, criterios, políticas y estrategias aplicables a todo el territorio nacional, aún en materias operadas por las entidades federativas, en términos de la LCS. Las Normas son aplicables a la prestación de servicios de salud en la totalidad del territorio nacional, en el ámbito federal, local y municipal y se dirigen a regular la prestación de los servicios de salud en el ámbito de las competencias de la salubridad general.

41. Segundo.- La Secretaría tendrá un plazo de 90 días naturales posteriores a la publicación de este Decreto para emitir las disposiciones y lineamientos necesarios para el ejercicio de este derecho en los casos que establece la Ley.

Tercero.- El Congreso de la Unión y las Legislaturas de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, realizarán las modificaciones legislativas conforme a lo dispuesto en el presente Decreto, dentro de los 180 días naturales siguientes a su entrada en vigor.

parte de los servicios del Sistema Nacional de Salud cuando éste se oponga a sus convicciones.

2. El Estado, por medio de sus órdenes de gobierno, deberá asegurarse de contar con equipo médico y de enfermería suficiente de carácter no objetor en cada institución del Sistema Nacional de Salud, garantizando que se preste la atención médica de la mejor calidad posible, conforme a la LCS, de manera oportuna, sin comprometer la salud o la vida de la persona solicitante y sin que “hagan inútil por extemporáneo dicho servicio, y sin forma alguna de discriminación”.
3. Se deberá precisar de manera clara y sin lugar a confusión cuál es el personal médico y de enfermería que estará facultado para ejercer la objeción, tomando en cuenta que se limite a quienes participen directamente del procedimiento.
4. Es necesario incorporar un plazo para hacer valer la objeción de conciencia. La autoridad a la que le corresponde decidir sobre la procedencia de la objeción tendrá un plazo breve para hacerlo valer. Si no se ejecuta así se dará por hecho que no procede.
5. No podrá invocarse cuando su ejercicio ponga en riesgo la vida del paciente y cuando se trate de una urgencia o implique una carga desproporcionada para los pacientes
6. No será procedente cuando implique la negativa o postergación del servicio y se traduzca en un riesgo o agravamiento del riesgo, se produzcan secuelas o discapacidades, se prolongue el sufrimiento del paciente por la tardanza en la atención o signifique un suplicio o carga desproporcionada, cuando no haya otra alternativa viable o accesible en condiciones de calidad y oportunidad
7. Es improcedente como negativa para negar la atención médica por motivos discriminatorios o de odio.
8. No puede utilizarse para entorpecer o retrasar la prestación de servicios sanitarios.
9. El incumplimiento a las obligaciones previstas da lugar a responsabilidades administrativas y profesionales, así como penales. La regulación podría incluso establecer un régimen de responsabilidades específicas.
10. La obligación de las instituciones para proporcionar toda la información y orientación sobre las opciones médicas con las que cuenta, en el marco de un trato digno.
11. El personal objetor remita al beneficiario de atención, con su superior jerárquico o con personal médico o de enfermería no objetor, esto será de inmediato y sin demora o trámite.
12. En caso de no disponer de profesionales, exista obligación institucional de disponer de la forma y modo en que se prestará el servicio.
13. Las personas que ejerzan la objeción de conciencia se abstendrán de emitir

juicio valorativo, que pueda discriminar o vulnerar la dignidad humana de las personas beneficiarias de los servicios de salud. Se abstendrán de intentar persuadir a los beneficiarios con doctrinas religiosas, ideológicas o personales.

A pesar de que han existido una numerosa serie de iniciativas de reforma a la LGS, hasta marzo del 2024, no se cuenta con una reforma aprobada por los órganos legislativos para regular la objeción de conciencia. En 2023 la Cámara de Diputados remitió un dictamen al Senado de la República, donde hasta la fecha, no se ha discutido<sup>42</sup>. Mientras tanto, otros mecanismos administrativos como la NOM-046 y el Lineamiento Técnico para la atención del aborto seguro en México continúan vigentes y respaldando la operación de los servicios<sup>43</sup>.

---

**42.** La reforma retoma los 14 puntos que la SCJN propuso: se establece que es el personal médico y de enfermería quien puede ejercerlo como derecho individual, que se trata de una excepción ante una obligación jurídica y que es la Secretaría de Salud la institución con atribuciones para establecer un mecanismo y mantenerlo actualizado. Además se agregan consideraciones sobre la protección de datos personales y situaciones en las que no es aplicable como casos de urgencia, cuando no existe personal suficiente. Para más detalles consultar: Cámara de Diputados aprobó reformas a la Ley General de Salud, en materia de objeción de conciencia. Disponible en: <https://bit.ly/4jO8APm>

**43.** Incluso algunos documentos administrativos con disposiciones inconstitucionales como el Procedimiento para la detección, atención médica y orientación en Unidades Médicas del IMSS a mujeres víctimas de violencia física y/o sexual. Disponible en: <https://bit.ly/4j9PPY>



# 3

## Grupos focales con organizaciones, colectivas y acompañantes

### **El objetivo de los grupos focales fue generar información cualitativa**

acerca de las barreras más frecuentes en el sistema de salud que enfrentan las organizaciones y/o colectivas que realizan acompañamiento para el acceso al aborto. La finalidad fue que la herramienta de incidencia propuesta por Católicas por el Derecho a Decidir responda de la mejor manera posible a las necesidades, retos y barreras que enfrentan las organizaciones, colectivas y acompañantes en la labor cotidiana que realizan en el territorio.

### **3.1 DISEÑO METODOLÓGICO**

Se planificaron las sesiones de grupo focal en modalidad virtual con una duración de dos horas y la participación de un máximo de seis personas por grupo, las cuales fueron seleccionadas a partir del directorio de contactos de CDD atendiendo a los siguientes criterios de inclusión:

- a. Representar a una organización de la sociedad civil, colectiva o red (independientemente de su régimen o situación de constitución).
- b. Contar con trabajo territorial a nivel estatal o local en México.
- c. Realizar acompañamiento directamente con mujeres que se encuentran en situación de embarazo-aborto.
- d. Llevar a cabo acciones de incidencia, abogacía o enlace con los servicios de salud públicos.

Para la generación de la información se desarrolló y validó en conjunto con el equipo de CDD, una guía de entrevista que permitiera un diálogo estructura-

do enfocado en los objetivos y necesidades del proyecto, conformada por los siguientes ítems:

#### **A. Ubicación territorial e interlocutores**

- ¿En qué lugar del territorio nacional trabajas?
- ¿Con qué actores trabajas más frecuentemente?

#### **B. Problemáticas en el acceso**

- En el último año ¿cuál es el problema más representativo de negación del servicio o barreras de acceso al que te has enfrentado? (Se guiará la respuesta para lograr una descripción de: lugar, servicio (horario), argumento principal de la negativa, actores involucrados, características del caso, ruta seguida, desenlace.

#### **C. Problemáticas relacionadas con la objeción de conciencia**

- Si no fueron identificados en la ronda anterior, explorar otros casos de negativa o barreras de acceso que estén vinculados al argumento de objeción de conciencia.
- Se explorará: ¿Cómo los actores involucrados en el caso les hicieron saber que eran objetores de conciencia?

#### **D. Percepciones sobre la objeción de conciencia**

- ¿Qué es objeción de conciencia para ustedes? ¿Quiénes consideran que pueden objetar? ¿Cómo perciben ustedes que la objeción de conciencia limita el acceso?

#### **E. Características de la herramienta**

- ¿Qué argumentos, elementos, habilidades, serían útiles para tu trabajo con respecto a las barreras que mencionaste?
- ¿Qué argumentos, elementos, habilidades, serían útiles para tu trabajo en el diálogo con los objetores de conciencia?

La convocatoria se llevó a cabo de manera conjunta entre el equipo de CDD y el equipo consultor, detallando los objetivos de la solicitud, haciendo énfasis en salvaguardar la confidencialidad de la información. Mediante el proceso de consentimiento informado y la firma del documento que puede consultarse en el Anexo A, se explicitó la necesidad de realizar una grabación de las sesiones únicamente con fines de respaldar la información para su posterior análisis por equipo de consultoría y la posibilidad de no responder a cualquier pregunta que eligieran omitir. Una vez concluida esta fase, dichas grabaciones fueron eliminadas.

#### **3.1.1. Sistematización y análisis**

La información obtenida respondió al criterio de saturación teórica para los objetivos previamente definidos. Posteriormente, se llevó a cabo la transcripción y sistematización de los datos empleando un árbol de categorías (Figura 1) basado en los objetivos y la guía de entrevista e incorporando las categorías emergentes que se desprendieron de los datos relevantes obtenidos en los grupos focales. Una vez sistematizada la información, se eliminaron los nombres y cualquier posible referencia que afectara el anonimato o confidencialidad de las participantes.

Figura 1 | **Árbol de categorías analíticas**

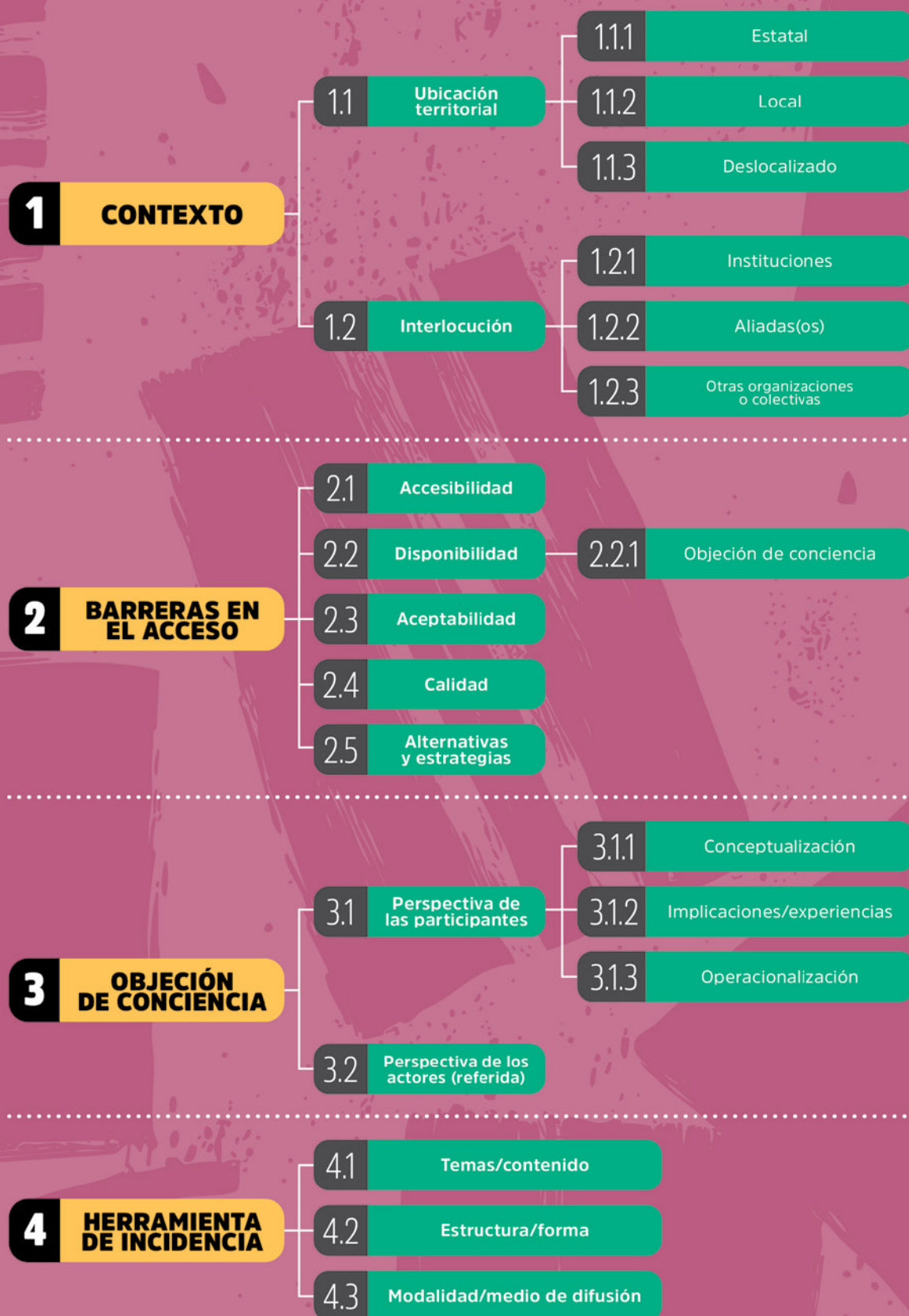


Figura 2 | Mapa de la despenalización y entidades representadas en el estudio

INFORMACIÓN ACTUALIZADA A JUNIO DE 2025



Con base en el diseño anterior, el análisis cualitativo se enfoca en la dimensión narrativa considerando dos niveles<sup>44</sup>:

- **Análisis temático:** Se enfoca en el contenido y en lo dicho por los actores sociales sobre un fenómeno determinado, más que en las formas de expresión. Permite identificar los elementos comunes o transversales en diferentes casos.
- **Análisis estructural:** Considera que la forma, y no sólo el contenido, aporta al significado de lo que se dice, por lo que resalta la importancia de los usos del lenguaje y sus implicaciones, el énfasis en los aspectos que se consideran más

importantes y en su carácter situado, es decir, el contexto desde donde se habla (tiempo, espacio y otros actores involucrados).

### 3.1.2. Análisis de resultados

Se llevaron a cabo cuatro grupos focales con la participación total de 19 personas representantes de organizaciones, colectivas o redes, en 19 entidades federativas (Aguascalientes, Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Colima, Durango, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas), con lo cual se obtuvo una cobertura representativa del territorio nacional que abarcó las regiones norte, centro y sur del país, y consideró la participación de entidades en donde el aborto se ha des-

44. Riessman, K. (2008) *Narrative methods of the human science*. USA, California: SAGE Publications.

penalizado en el primer trimestre de la gestación y aquellas en donde persisten restricciones en los Códigos Penales (Figura 2).

De las 19 entidades representadas, en el momento de la consulta, diez se mantenían sin cambio el tipo penal de aborto en sus códigos estatales, mientras que nueve habían tenido reformas al Código Penal estatal o y en el caso de Coahuila, la sentencia 148/2017. Esta diferencia se tomó en consideración para el posterior análisis de las estrategias de incidencia que realizan las organizaciones o colectivas, sus principales interlocutores, así como las barreras identificadas en el acceso a los servicios de aborto seguro.

### 3.2. CONTEXTO DE ACCIÓN E INCIDENCIA

El primer elemento de análisis está dado por la ubicación geográfica, el cual permite conocer el alcance y población prioritaria de las organizaciones o colectivas y situar territorialmente sus experiencias, acciones y labor cotidiana para contribuir al acceso de las mujeres, adolescente y personas con capacidad de gestar al aborto seguro.

Todas las organizaciones participantes destacaron circunscribirse a una entidad federativa, priorizando la ciudad capital en donde la mayoría de estas se encuentran establecidas, con excepción de la representante de Veracruz, cuyo alcance está explícitamente circunscrito a nivel municipal y las comunidades circundantes. No obstante, su alcance se extiende a los municipios y localidades del estado a través de la articulación con otras colectivas, acompañantes, personas aliadas o bien, a través del uso de redes sociales y tecnologías de comunicación. Aun con estos recursos, en las entidades de Chihuahua, Oaxaca y Yucatán, se identifican dificultades importantes en el acceso al aborto seguro derivados de barreras geográficas, socioeconómicas y lingüísticas, en donde los municipios más alejados de las capi-

tales, con mayores índices de marginación o de hablantes de lengua indígena acceden con menos frecuencia al acompañamiento de las colectivas y a los servicios públicos.

En el caso de entidades como Chiapas, Durango, Tamaulipas o Zacatecas, que comparten ciertas características con el grupo anterior en términos de territorio y población, las brechas se han acortado debido a la presencia de colectivas o redes de acompañantes dispersas en las regiones que contribuyen a que la población pueda acceder a los servicios en el marco de la NOM-046-SSA2-2016 y las causales estipulados en cada entidad, toda vez que otra característica que comparten es que sus códigos penales tipifican el aborto. De manera general, la confirmación de redes de organizaciones, colectivas y/o acompañantes, tienen un rol preponderante en la definición del alcance territorial y poblacional, extendiendo los límites más allá del estado, e incluso del territorio nacional.

Algunas redes se han articulado formalmente a través de largas trayectorias de movilización e incidencia en torno a la autonomía reproductiva y el derecho a decidir, por ejemplo, la Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México (Ddeser) o la Red de Acompañantes Peninsulares, que articula los estados de Campeche, Quintana Roo y Yucatán. A la par, se encuentren redes 'en cascada' que se van conformando a través de contactos en distintas entidades, municipios o localidades, con la finalidad de acercarse lo más posible a las personas y acortar las brechas y barreras que ya enfrentan, o bien, para responder a las necesidades emergentes, como son la falta de medicamentos en los servicios de salud, el acompañamiento a grupos específicos como población en situación de migración o movilidad, o como una forma de salvaguardar la integridad y privacidad en un contexto de alto riesgo de criminalización, estigmatización o penalización social.

Esta articulación que desdibuja los límites de las entidades federativas se relaciona estrechamente con la mayor presencia de las redes sociales, las tecnologías de información y comunicación y la mayor difusión de información entre la población, lo cual ha incrementado la demanda, incluso en comunidades de difícil acceso, dando lugar a estrategias des-localizadas, que conllevan nuevas formas de conceptualizar y significar el acompañamiento:



**El campo de acción ha sido por ciclos, antes era un acompañamiento presencial durante todo el proceso y actualmente es una estrategia globalizada, a través de tecnologías, acompañamiento a distancia, disponibilidad de medicamentos. (GF-PO3-2024).**

En este tenor, uno de los cambios más representativos es la emergencia de redes transfronterizas de acceso al aborto seguro, en donde la solicitud de información o acompañamiento ya no se limita siquiera al territorio nacional. Los estados de Baja California, Chihuahua, Sinaloa, Sonora y Tamaulipas, que conforman la frontera norte identifican un cambio significativo en la búsqueda de servicios de aborto seguro, tras la anulación de la sentencia *Roe vs. Wade*, que puso fin al derecho constitucional de abortar en los Estados Unidos de América. Este impacto de los grupos conservadores y anti-derechos también han impactado en otras áreas de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, por lo que la demanda de servicios en la frontera de México ha incrementado de acuerdo con la percepción de las acompañantes. En el caso de la frontera sur, las leyes restrictivas de los países centroame-

ricanos también han desencadenado solicitudes de acompañamiento a través de medios virtuales, o bien, por parte de las poblaciones migrantes que se han asentado o se encuentran en tránsito por México.

Además del trabajo local, algunas organizaciones enfatizan el trabajo con grupos de población o en situaciones específicas que incrementan el riesgo, la vulnerabilidad y obstaculizan el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y de aborto seguro. En el trabajo cotidiano de las organizaciones participantes, destacan:

- **Mujeres o adolescentes sobrevivientes de violencia sexual o de género.**
- **Población migrante o en tránsito.**
- **Población hablante de lenguas indígenas.**
- **Campos agrícolas, cuarterías o migración laboral (interna).**
- **Casos con sospecha de trata con fines de explotación sexual o laboral.**
- **Mujeres o personas con capacidad de gestar privadas de la libertad.**

Un siguiente elemento contextual está dado por las principales estrategias o acciones que realizan como parte de su labor y activismo, en donde destaca la incidencia a nivel estatal y el acompañamiento a mujeres, adolescentes o personas con capacidad de gestar en situación de embarazo o aborto. Esta combinación de estrategias es particularmente importante en las entidades que han despenalizado el aborto, como son Baja California, Chiapas, Colima, Ciudad de México, Hidalgo, Oaxaca, Sonora y Veracruz, en donde el acompañamiento incluye la informa-

ción, la intervención en los servicios de salud para incidir en las demoras, el maltrato o la negativa de servicios que persisten, aun tras las reformas y la existencia de una política pública de aborto seguro en el país. En el caso particular de Ciudad de México, se observa un rol diferencial ya que, desde la despenalización en 2007, ha otorgado atención a mujeres, adolescentes y personas residentes de las diferentes entidades federativas, por lo que las organizaciones son contactadas frecuentemente como uno de los eslabones para acceder a los servicios.

Cabe señalar que la incidencia y el acompañamiento es igualmente válido para el resto de los estados participantes, quienes focalizan el acceso a los servicios en torno a las causales o la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Otras estrategias identificadas combinan la incidencia con la asesoría legal, particularmente en las entidades que penalizan el aborto y que cuentan con gobiernos más conservadores y amplia presencia de grupos anti-derechos, como son Chihuahua, Durango y Yucatán. La diferencia con el grupo anterior es que el acceso a los servicios de aborto seguro, por ejemplo, en el caso de embarazos producto de violación sexual, requiere de la gestión de un amparo más que del acompañamiento o la información a la población.

Finalmente, pese a que casi la mitad de las entidades han despenalizado, el aborto autogestionado sigue siendo una necesidad y una demanda de las mujeres, adolescentes, familias y acompañantes, por diversas razones, destacando por número de menciones las siguientes:

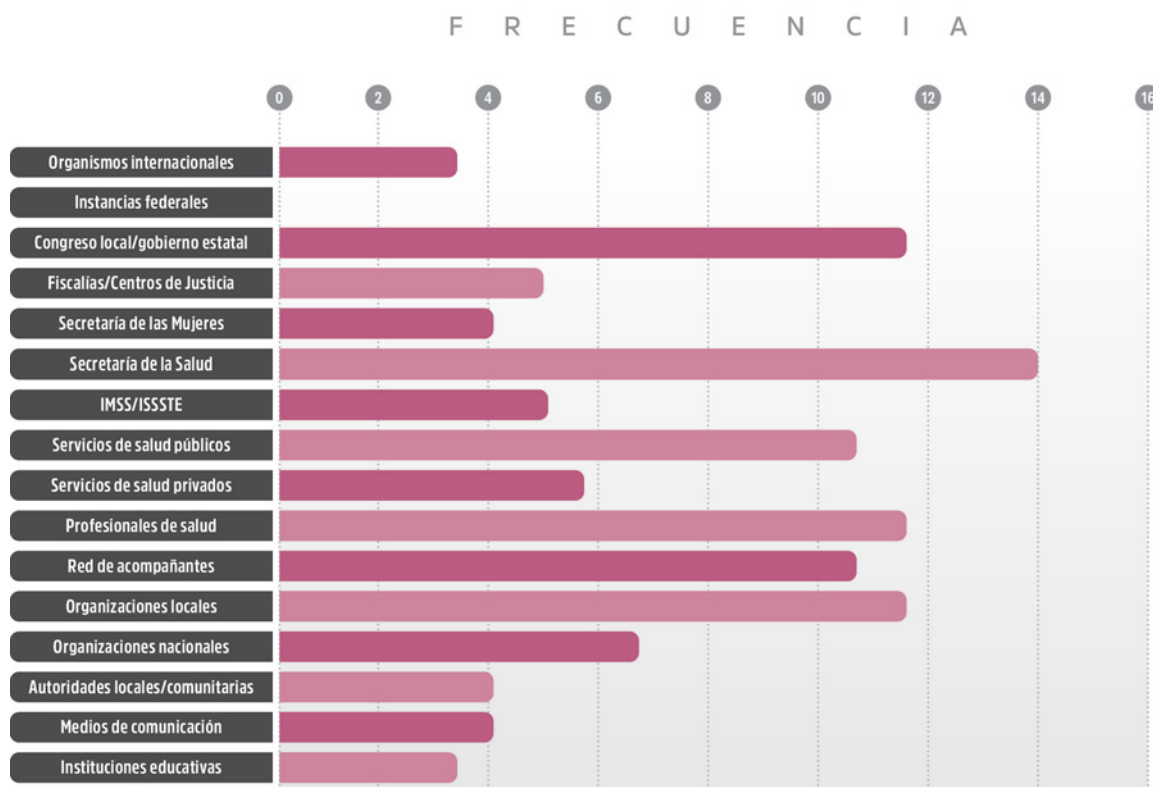
- **Falta de implementación de la política pública de aborto seguro.**
- **Falta de disponibilidad de servicios.**
- **Barreras geográficas, económicas o lingüísticas.**

- **Temor, desinformación o barreras socioculturales.**
- **Criminalización, estigmatización o penalización social.**
- **Violencia y discriminación en los servicios.**

Para concluir la contextualización inicial del trabajo de las organizaciones y colectivas en las entidades federativas, se indago acerca de los principales interlocutores o actores clave con quien realizan o a quien dirigen sus acciones. Además de las personas usuarias o potencialmente usuarias como su principal población objetivo, tanto en la interacción cara a cara como a través de medios virtuales, se mencionan con mayor o menor frecuencia diversos actores individuales y colectivos relevantes a nivel local, como se sintetiza en la Gráfica 1.

Con mayor frecuencia, las organizaciones identificaron a la Secretaría de Salud Estatal como uno de sus principales interlocutores y en el 60% de los casos se hizo referencia particular al área de salud sexual y reproductiva y/o al programa de aborto seguro. En la vinculación con las instancias de salud, destaca la interacción con los servicios públicos de primer y segundo nivel de atención (centros de salud y hospitales, respectivamente), así como el diálogo directo con profesionales de salud de diferentes perfiles (medicina, enfermería, psicología y trabajo social, principalmente) que laboran tanto en los servicios de salud como en las oficinas centrales. Con un menor número de menciones, se encuentran los servicios privados, así como las oficinas o servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Con estos últimos, la interlocución es más reciente, principalmente vinculada a la reciente declaratoria de inconstitucionalidad de la penalización del aborto emitida por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) en 2023.

Gráfica 1 | Interlocutores y actores clave mencionados por las organizaciones



A nivel estatal, las interacciones con el sector salud giran en torno a la incidencia y exigibilidad de los derechos de las mujeres, adolescentes y personas con capacidad de gestar, a través de diversas acciones, como reuniones, mesas de trabajo, movilizaciones, acompañamiento legal, capacitación y sensibilización, solicitudes de información y otros mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, mientras que con los profesionales de salud se han establecido alianzas bidireccionales que facilitan el acceso de las personas a los servicios, o bien, el acercamiento con las redes de colectivas y acompañantes en casos de negativa, demora o resistencias por parte de las autoridades, directivos u otros profesionales al interior de las unidades de salud. En esta 'alianza', se reconoce que algunas(os) profesionales de salud están sensibilizados o a favor del derecho de las personas a decidir, aunque no lo hayan explícito por

temor, discriminación o estigmatización en el propio gremio. No obstante, una de las motivaciones subyacentes es "el principio de que los abortos deben ser medicalizados, por lo que para el personal de salud puede ser preferible que las usuarias lleguen a los servicios en lugar de acceder al aborto autogestionado" (GF-PO3-2024).

En el ámbito gubernamental también es frecuente la interlocución con las oficinas de gobierno y congresos estatales para la incidencia, abogacía e iniciativas de reforma para la despenalización del aborto en las entidades, o bien, para exigir la prestación de los servicios conforme a los criterios que señala el derecho a la salud. En algunos casos se identifica de manera particular a las Secretarías de las Mujeres, las fiscalías o los Centros de Justicia para las Mujeres, particularmente en la intersección entre violencia de género y acceso al aborto seguro. De manera esporádica,

se hizo referencia a otras representaciones de gobierno estatal como las contrapartes del Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA), el Consejo Estatal de Población (COESPO), el Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA), o las Comisiones Estatales de Derechos Humanos, con quienes sería deseable tener mayor diálogo o alianza, pero se han encontrado más bien resistencias.

Destaca la ausencia de interacción con instancias de gobierno federal y solamente en un caso se mencionó la vinculación con organismos internacionales, siendo este la Corte Interamericana de Derechos Humanos con la finalidad de desarrollar líneas jurisprudenciales en materia de salud de manera conjunta. Finalmente, el otro grupo relevante por su interacción estrecha son las redes de acompañantes y organizaciones locales que hacen posible la mayor cobertura a nivel municipal o comunitario para el acompañamiento de casos específicos, para lo cual también contribuyen algunas organizaciones de alcance nacional o incluso transfronterizo. Con menor frecuencia fueron mencionadas las autoridades locales o personas líderes comunitarias, los medios de comunicación y las instituciones públicas de educación superior, las cuales se relacionan con acciones de movilización y posicionamiento de narrativas o argumentos orientados a la despenalización social.

### 3.3. BARRERAS Y ESTRATEGIAS

El marco legal, normativo y de política pública que posiciona al aborto seguro como eje prioritario del continuo de atención a la salud sexual y reproductiva y del derecho a la salud a nivel federal –y de observancia nacional– es ampliamente reconocido por las integrantes de las organizaciones, independientemente de lo que señalen los Códigos Penales en las entidades federativas. Por ello, la negación, demora o falta

de acceso a los servicios de aborto seguro son un problema persistente, ampliamente documentado y que las acompañantes y personas usuarias enfrentan cotidianamente.

Para analizar las barreras señaladas por las participantes, se retomarán los componentes del derecho a la salud que fueron expuestos en el apartado previo con la finalidad de clasificarlas, apelando al incumplimiento o falta de garantía de este derecho que supone la negativa a los servicios de aborto seguro, así como sus diversas manifestaciones. En la Figura 3 se muestra una síntesis de las barreras clasificadas con base en las categorías de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad. Resaltan las similitudes y coincidencias en las problemáticas, sin importar el marco jurídico, las características del gobierno actual, la situación geográfica o sociodemográfica.

Las barreras de accesibilidad obedecen a dos tipos principales de determinantes estructurales, los que operan a nivel familiar, comunitario o del grupo social y los que se construyen o reproducen en las instancias de gobierno o en las instituciones. En el primer caso, además de la ubicación geográfica o la falta de medios de transporte o recursos económicos para los gastos de transporte, resaltan los aspectos socioculturales como la religión y otros sistemas de valores y creencias, así como el estatus social de las mujeres, adolescentes y personas con capacidad de gestar que limita su autonomía y poder de toma de decisiones, principalmente por razones de género. En lo que refiere a la segunda categoría, el obstáculo más representativo es el desconocimiento o la falta de información de las personas funcionarias públicas de las diversas instituciones estatales acerca del marco legal vigente, de la NOM-046-SSA2-2016, así como de las rutas de acceso a los servicios de salud. En ambos casos, estos determinantes se traducen en demoras para la búsqueda de atención o para lograr el primer contacto con los servicios de salud.

**Figura 3 | Síntesis de las barreras en el acceso a los servicios de aborto seguro en las entidades federativas representadas**



En este apartado también se menciona a los servicios privados como una alternativa prácticamente incosteable para la mayoría de la población que, aunque no debería ser considerada en un análisis que sostiene una perspectiva de salud pública, resulta de interés en la medida de que el sector privado forma parte del Sistema Nacional de Salud y es un recurso ampliamente utilizado por la población, por lo que se ha tornado accesible para la atención de diversas afecciones a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, para el caso de la atención del aborto seguro, los precios resultan excesivos y desproporcionados para los costos del procedimiento, erigiendo una barrera más en las alternativas de acceso y perpetrando una representación errónea

de la atención del aborto como un procedimiento de alta complejidad técnica, de alto riesgo a la salud o incluso de clandestinidad.

La disponibilidad de servicios de aborto seguro merece un análisis diferenciado de otros servicios de salud, toda vez que la implementación de la política pública vigente de salud sexual y reproductiva que lo contempla por primera vez de manera explícita planteó una estrategia inicial de instalación de servicios diferenciados. En 2023, a tres años de la publicación de la primera edición del Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México, se registraban 105 servicios distribuidos en las 32 entidades federativas que funcionarían como modelo de implementación en apego a los estándares y evidencias científicas

establecidas en dicho lineamiento, para la posterior ampliación de la disponibilidad como servicios esenciales de salud sexual y reproductiva y con carácter de urgencia en el caso de las solicitudes de atención enmarcadas en la NOM-046-SSA2-2016.

En concordancia, las participantes de las entidades federativas señalan como principales brechas en la disponibilidad: la concentración de los servicios en las capitales o ciudades principales de los estados, la atención acotada a los servicios diferenciados que cumplen con determinadas características, entre ellas los profesionales de salud capacitados y no objetores de conciencia, así como la suspensión de la operación de los servicios o su limitación a ciertos horarios. Aunado a estas, se identifican barreras específicas como son la falta de medicamentos, insumos, equipamiento y recursos humanos específicos. Cabe mencionar que la disponibilidad limitada de medicamento no solo se observa en los servicios públicos, sino en las estrategias de atención alternativas como el uso de los servicios privados en donde éste se moviliza a costos desproporcionalmente elevados o en el aborto autogestionado para el cual la distribución del medicamento es gestionada por muy pocas organizaciones.

Frente a la solicitud de indagar expresamente acerca de la objeción de conciencia, se considera pertinente clasificarla como una barrera de disponibilidad ya que el ejercicio o declaración de objeción impacta en el número de recursos humanos que pueden otorgar la atención, su distribución en ciertos turnos y horarios o su asignación a los servicios diferenciados. Sin embargo, tras realizar la sistematización y análisis de la información, se concluye que la invocación a la objeción de conciencia no afecta de manera sistemática la disponibilidad, sino que resulta de –y en– una intersección de barreras, además de configurar narrativas complejas que van más allá del ámbito operativo de los servicios y de los pro-

fesionales de salud, por lo que su análisis se retomará posteriormente.

La aceptabilidad es uno de los atributos del derecho a la salud que se ve comprometido de manera sistemática en la atención del aborto seguro debido a las expresiones de discriminación, estigma, criminalización y penalización social, se suman a la falta de políticas, procedimientos y servicios con perspectiva de género, pertinencia cultural y mecanismos de inclusión para atender a las necesidades específicas de las personas usuarias que constituyen una brecha transversal y persistente en los servicios de salud pública. En este sentido, se identificaron barreras específicas como la falta de personas traductoras para atender a la población hablante de lengua indígena o incluso, aunque las unidades médicas cuentan con este recurso humano, no es solicitado por los profesionales de salud, erigiendo una barrera más.

Ante la demanda de atención del aborto seguro, aun en hospitales que cuentan con el servicio diferenciado, las violaciones a la confidencialidad y la intimidad de las personas son recurrentes, así como diversas formas de disuasión que van desde la desinformación, las amenazas o la penalización social, como ejemplifican los siguientes testimonios referidos por acompañantes y mujeres usuarias:



**Tienes mayor riesgo médico porque tu útero está en retroversión y entonces tienes que firmar una responsiva de que nosotros no nos hacemos responsables de alguna complicación [...] Mira, yo te voy a contar mi historia, mi esposa y yo llevamos años queriéndonos embarazar y tú no quieres tenerlo (GF-P16-2024).**



**Hay mujeres con las enfermedades que tú tienes y que se embarazan, si dios quiere todo va a salir bien [...] Tú ahorita quieres abortar, pero cuando ya quieras ser mamá tu cuerpo ya no te lo va a permitir (GF-P18-2024).**

Es de resaltar la magnitud y relevancia de las barreras relacionadas con la aceptabilidad por sus implicaciones en el momento de la atención y hacia el futuro. Si consideramos que para el momento en que se hacen patentes, las personas usuarias ya han superado al menos dos tipos de barreras para acceder a un servicio –de accesibilidad y de disponibilidad–, la atención puede ser obstaculizada y derivar en afectaciones significativas en la salud física y mental. Así, estas barreras se han traducido en temor y desconfianza hacia los servicios públicos, optando por alternativas como los servicios privados o el aborto autogestionado, que también conllevan otras formas de incertidumbre, desde la búsqueda de una red de acompañantes o un lugar seguro para realizarlo, hasta un mayor gasto de bolsillo.

En cuanto a la calidad, es importante tomar como punto de partida que la atención del aborto, en general, es un procedimiento de bajo riesgo que debe realizarse de manera ambulatoria y de baja complejidad, por lo que no representa un alto nivel de especialización de los profesionales de salud que lo realizan, como sucede para la gran mayoría de los procesos de atención en salud reproductiva, siempre y cuando no existan factores de riesgo o enfermedades concomitantes. Asimismo, los estándares de práctica clínica y las intervenciones no médicas que forman parte de su atención integral se han descrito detalladamente en el Lineamiento técnico para

la atención del aborto seguro en México, el cual es suscrito por las instituciones del sector salud y por la Organización Panamericana de la Salud. No obstante, las brechas existentes entre estos lineamientos de atención y lo que sucede en la práctica cotidiana han sido documentadas y son ampliamente descritos por las representantes de las colectivas y organizaciones:



**Una barrera es la falta de calidad, nos han llamado usuarias para consultarnos porque no estaban seguras de las dosis de medicamentos que les dieron y nos mostraron recetas de misoprostol de una tableta vía oral cada 12 horas, se documentaron esas recetas y se hizo la incidencia con la Secretaría de Salud del estado y la respuesta fue capacitar y sensibilizar a las profesionales de salud que estaban en el servicio (GF-P18-2024).**

Como puede observarse, las deficiencias en la calidad no derivan de la falta de capacidad técnica o de profesionales de salud especializados, sino de una compleja interacción de elementos subjetivos y sistemas de valores que se transmiten en la formación de los profesionales de salud a manera de currículum oculto o de la reproducción de un sistema jerárquico sustentado en estos valores. Al respecto, varias participantes señalaron que había profesionales de salud que tenían instrucciones de sus superiores de demorar los procedimientos y de no cumplir con ello podrían enfrentar consecuencias. Así, las prácticas más frecuentes que afectan la calidad tienen que ver con el maltrato, rechazo, demora, omisión o dilación, es decir, son en su mayoría

elementos de orden simbólico, por lo que son difícilmente comprobables o sancionables, aunque no por ello carecen de materialidad, es decir, existen de manera recurrente en la experiencia cotidiana de las acompañantes y en las narrativas y testimonios de las mujeres, adolescentes y personas con capacidad de gestar.

Ante la sucesión e intersección de múltiples barreras, las organizaciones y colectivas acompañan a las personas usuarias a afrontar la negación o demora en el acceso a servicios de aborto seguro, resaltando que se trata de una demanda de atención altamente sensible a la temporalidad, por lo que requiere de un abordaje oportuno y una resolución en el menor tiempo posible. Derivado de ello, las principales estrategias se engloban en dos grandes ejes de acción:

**1. Acompañamiento legal e incidencia:**

Contempla acciones jurídicas, de movilización o de diálogo en distintos niveles o con diversos actores sociales, dependiendo el caso, con la finalidad es lograr el acceso a los servicios públicos de salud en el marco de la garantía de los derechos.

**2. Acompañamiento mediante servicios privados o autogestionados:**

Se configura como una alternativa ante la falta de servicios públicos accesibles, disponibles, aceptables y de calidad, pues aun cuando se trate de una decisión o preferencia, esta frecuentemente resulta de las brechas y barreras persistentes que se han expuesto anteriormente. Según sea el caso, las organizaciones y colectivas apoyan a las mujeres en su trayectoria de búsqueda de atención, en el acceso a información, la toma de decisiones y la red de apoyo para salvaguardar su seguridad e integridad.

Por último, merece la pena enfatizar que, al igual que otras problemáticas relacionadas con

el acceso al aborto, estas estrategias están presentes y operan de manera similar en las entidades federativas que han despenalizado o aquellas que limitan a ciertas causales, lo cual reafirma el planteamiento de conceptualizar el aborto seguro como un tema prioritario de salud pública antes que un debate circunscrito al ámbito jurídico o legal.

### 3.4. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

De acuerdo con la experiencia de las representantes de las colectivas y organizaciones en las entidades federativas, la objeción de conciencia se configura como una serie de discursos y prácticas complejas, que interactúan estrechamente con los diferentes tipos de barreras abordadas previamente. Si bien el debate es vigente, y la noción de objeción de conciencia se encuentra en la esfera pública, su conceptualización es difusa y más aún, las condiciones o criterios para ejercerla.

La narrativa más frecuente alrededor de la objeción de conciencia es que el personal de salud no suele invocar a la objeción de conciencia de manera explícita o como un argumento ante la solicitud de atención, sino que utilizan otras justificaciones para demorar o negar el acceso al servicio, por ejemplo, la falta de capacitación, el desconocimiento sobre los plazos permitidos, la falta de insumos o medicamentos, la necesidad de cumplir con ciertos requisitos (estudios clínicos, horarios de atención, documentos o trámites). De esto se derivan algunas posibles interpretaciones, por una parte, es probable que una persona (profesional de salud) efectivamente sea objetora, es decir, pretenda negarse a realizar el procedimiento por motivos religiosos, pero se siente insegura de expresarlo o declararlo ya sea por desconocimiento del término y sus implicaciones o porque conlleva una responsabilidad de la institución de respon-

der por este posicionamiento individual y debe garantizar disponibilidad de personal no objetor. A continuación, un testimonio que ejemplifica este planteamiento:



**No es una justificación que se le dé a las usuarias o solicitantes, más bien se recurre a otros pretextos. O sea, más bien parece ser algo que se oculta con otros mecanismos, como la dilación hasta hacer pasar las 12 semanas o que desista con ciertos mecanismos hacia las usuarias o hacia las familias... poniendo requisitos extra como que las adolescentes vengan acompañadas por sus padres. (GF-P05-2024).**

Este escenario da lugar a pensar que también existe cierta reserva de asumir la responsabilidad individual de la objeción de conciencia o incluso algunas formas de tabú entre el personal de salud, pues en las entidades con gobiernos abiertamente conservadores, con discursos anti-derechos y con presencia de representantes de grupos religiosos como figura pública, la objeción de conciencia es enunciada por las autoridades y tomadores de decisión, incluso a través de los medios de comunicación, pero cuando se ha solicitado el posicionamiento del gremio médico a través de las asociaciones de profesionales u organismos colegiados, sus pronunciamientos suelen ser sutiles o reservados.

También se tienen indicios de que hay profesionales de salud que están actuando bajo una indicación de sus autoridades o superiores jerárquicos y temen decir que no son objetores porque se han visto consecuencias como la no renovación de sus contratos o la imposición de

una mayor carga de trabajo a manera de 'castigo'. Todo ello opera para sostener los discursos públicos de estos gobiernos frente a los movimientos de despenalización:



**Ante la resolución a favor de la despenalización, las autoridades de la secretaría de salud señalaron en medios de comunicación que aun con la despenalización, nadie iba a querer hacer abortos... en este estado todos los médicos son objetores. (GF-P15-2024).**

Por otra parte, se ha observado que el argumento de objeción de conciencia puede resultar preferible para el personal de salud en algunos casos, particularmente ante la falta de certeza, de conocimiento o de información adecuada sobre el marco legal que ampara la prestación del servicio:



**Hay desconocimiento alrededor del tema y consideran que con ese argumento pueden librarse de los riesgos legales que piensan que pueden tener... los médicos recurren al argumento de la objeción porque tienen miedo a ir a la cárcel (GF-P11-2024).**

Finalmente, hay situaciones en donde la invocación a la objeción de conciencia resulta ambivalente e imprecisa, conjuntando elementos de los escenarios ejemplificados y evidenciando la necesidad no solo de definirla, sino de con-

tar una serie de criterios o un mecanismo claro para su ejercicio, como se muestra en el siguiente relato:



Cuando hay un caso en donde se niega el acceso, aun cuando se trata de un producto de violación sexual, por ejemplo, una vez que se ha llevado todo el procedimiento y la incidencia para lograr el acceso a los servicios de aborto, con prácticas dilatorias médicas, jurídicas, negativas de los amparos y, finalmente, se logra un amparo, resolución o indicación de realizar el procedimiento, el personal de salud invoca a la objeción de conciencia y al juramento hipocrático como último recurso... ¡hasta que son obligados por ley a practicar la interrupción! Aun cuando no lo habían mencionado antes, en ninguna parte del proceso. Así, una vez que los profesionales de salud que podrían realizar el procedimiento se declaran objetores, hay casos en que se recurre a la subrogación de servicios privados, ya que por ley está indicado que los servicios de salud realicen el procedimiento por la vía del amparo [...] Así, se gestiona directo, por el propio servicio de salud público y le dan el aviso a la usuaria en donde se le va a otorgar el servicio. (GF-P03-2024).

Sin obviar la necesidad de ampliar este debate considerando las diversas perspectivas y disciplinas involucradas –derecho, bioética, salud pública–, se puede concluir que aun cuando la objeción de conciencia no opera como una

barrera absoluta o una vía para la negación del servicio, el hecho de invocarla literal o implícitamente, desencadena y contribuye a la estigmatización e incluso puede disuadir a las usuarias de su decisión, dificultando un proceso que *a priori* se asocia a múltiples formas de desigualdad y situaciones de vulnerabilidad.

Para profundizar en este tema, se indagó acerca de los conceptos, implicaciones o experiencias relacionadas con la objeción de conciencia, o bien de las definiciones que han posicionado sus interlocutores en los espacios de acción o incidencia de los cuales participan. Cabe señalar que, en este bloque en particular, la información obtenida responde principalmente a la perspectiva individual de las participantes y no a un posicionamiento consensuado en las organizaciones, colectivas o redes de acompañantes.

El principal debate en los grupos focales estuvo centrado en la definición de objeción de conciencia como un derecho, un elemento de disenso que ha estado presente en la esfera pública en donde contrastan los posicionamientos del gremio médico o de profesionales de salud que lo enuncian como tal versus la acción de inconstitucional promovida por la SCJN que reconoce el planteamiento de la objeción y su ejercicio como un mecanismo de protección para el derecho a la libertad de conciencia. Cabe mencionar que en varias entidades se hace referencia a dicha sentencia, pero hay confusión generalizada, tanto en las instituciones, como en los servicios de salud y en las organizaciones o colectivas sobre los argumentos expuestos y la interpretación que se ha dado en cada estado.

Siguiendo la lógica de la libertad de conciencia, hay coincidencia en que se requiere de un mecanismo claro mediante el cual los profesionales de salud puedan declararse objetores de conciencia en razón de su religión, culto, fe o creencias, sin que repercuta en los derechos sexuales y reproductivos, el derecho a la autonomía o el derecho

a la salud, como aquellos con mayor riesgo de ser afectados de manera desproporcionada. Asimismo, por ningún motivo puede poner en riesgo la vida, la salud o la integridad de las personas usuarias de los servicios de salud o desencadenar actos de discriminación.

En este sentido, la mayoría de las participantes señalaron que la objeción de conciencia forma parte del debate legislativo y en las instancias de salud, sin embargo, en ningún caso se han propuesto mecanismos concretos para su aplicación en el ámbito operativo, evitando su ejercicio discrecional. Al respecto, a partir de las experiencias y diálogos a nivel estatal, se propusieron algunas características a considerar:

- **La declaración de conciencia tendría que realizarse con antelación y no al momento de una solicitud de atención.**
- **La objeción de conciencia es individual (no institucional o de un establecimiento) y es responsabilidad de la institución garantizar la disponibilidad de personal de salud no objetor para asegurar la prestación de servicios.**
- **No debe limitarse a la prestación del servicio de aborto, sino que debe involucrar otros ámbitos de la salud.**
- **El mecanismo debe ser explícito y avalado a nivel institucional.**
- **Incluye la prohibición y sanción de declararse objetor en los servicios públicos y otorgar la misma atención en el medio privado.**
- **Responde con estrategias diferenciadas, por ejemplo, en clínicas rurales donde solo hay un profesional de salud.**

- **Sostiene que la situación de urgencia como excepción al ejercicio de la objeción de conciencia.**
- **Señala que la objeción de conciencia no es un obstáculo para informar, acompañar o apoyar a las mujeres para acceder a los servicios que requiera.**

También se retomaron algunas interrogantes resueltas administrativamente, pero poco difundidas como la pertinencia —o no— de un registro de profesionales de salud objetores de conciencia, la definición de mecanismos de queja o denuncia ante negativas de acceso u omisiones, así como determinar si la regulación y definición del mecanismo sería a nivel estatal o requeriría de un instrumento de observancia nacional.

Otro aspecto relevante en la conceptualización y operacionalización gira en torno a quién o quiénes pueden declararse objetores de conciencia. Para responder a ello, las colectivas refirieron a lo que se ha posicionado en cada una de las entidades, así como a la opinión de personas expertas y la consulta de referentes en otros países. Las posturas mencionadas refirieron los siguientes planteamientos posibles:

- **Todo el personal involucrado en un procedimiento médico o quirúrgico.**
- **Personal con participación directa en el procedimiento (medicina y anestesiología).**
- **Profesional de medicina o enfermería que va a realizar el procedimiento o dar el medicamento.**
- **Otros profesionales también pueden ejercerlo, por ejemplo, en el ámbito del derecho.**

- **No aplica para personal de justicia o de otras instituciones.**

Algunas participantes profundizaron en que la objeción de conciencia tiene lugar debido a las implicaciones que pudiera tener la religión o culto en el ejercicio profesional, conduciendo a negligencia o afectar el desarrollo profesional, por lo que es preferible hacer ejercicio de un mecanismo de objeción de conciencia en lugar de incrementar el riesgo de maltrato, mala práctica o violencia:



**También el personal de psicología podría declararse objetor ya que va a tener un rol relevante en el proceso de atención por lo que sería preferible que declarara la objeción en lugar de revictimizar o causar una mayor afectación a la usuaria (GF-P02-2024).**

En este tenor, destacaron la importancia de acompañar las decisiones referentes a la objeción de conciencia con espacios de capacitación, sensibilización y diálogo continuo, “reconociendo que también al personal de salud tiene experiencias de vida, creencias, tensiones y condiciones de trabajo y estructurales no idóneas, por lo que también necesitan espacios de intercambio” (GF-P07-2024). Además, fue recurrente el señalamiento de las participantes a la falta de conocimiento o argumentos erróneos que han denotado los profesionales de salud y las autoridades en lo que respecta a la objeción de conciencia.

Así, en la interlocución cotidiana el obstáculo que supone la objeción de conciencia está permeada de otras barreras como los prejuicios, la discriminación, o la violencia institucional. Esta diferencia es crucial y requiere de un mapeo de prácticas más allá de la enunciación de la objeción de conciencia y un análisis en profundidad de las situaciones en donde la objeción de conciencia visibiliza la intersección de factores estructurales, institucionales, socioculturales o ideológicos en donde se desencadenan, profundizan, reproducen o articulan diversas barreras.

### 3.5. NECESIDADES IDENTIFICADAS

Como último bloque de las entrevistas en grupo focal, se indagó acerca de las características principales que podría tener una herramienta de incidencia que respondiera las necesidades de las organizaciones o colectivas que intervienen a nivel local y estatal. Al respecto, se generó una amplia lluvia de ideas, con perspectivas más heterogéneas que lo que se había debatido en los ejes previos, incluyendo un enfoque crítico a lo que ya se ha realizado y a las alternativas que han surgido de las reformas relativamente recientes que tuvieron lugar en algunas de las entidades federativas representadas.

Una primera consideración que se observó en los grupos focales fue la diferenciación de audiencias posibles a quien se dirige la herramienta o su utilidad, lo cual determina en gran medida los contenidos y formatos que resultarían más convenientes. En este sentido, se distinguen tres alternativas principales, cada una con temas centrales, así como los posibles enfoques o temáticas secundarias que podrían contribuir a mejorar las estrategias de incidencia o a marcar una diferencia con lo que ya se ha propuesto anteriormente:

- a. Materiales dirigidos a las organizaciones, colectivas o acompañantes que aborden de manera sencilla temas especializados para el fortalecimiento de sus capacidades. Una vertiente de esta modalidad es una herramienta que conjunte y muestre evidencia de tal modo que las organizaciones lo utilicen para validar su conocimiento técnico (independientemente de su formación o profesión), ante los profesionales de salud o personas servidoras públicas

### Temas centrales

- Conceptos, definiciones e interpretaciones del marco jurídico, decisiones judiciales, sentencias, acciones de inconstitucionalidad.
- Definición y criterios para el ejercicio de la objeción de conciencia e interpretación de la acción de inconstitucionalidad emitida por la SCJN.
- Contenidos, implicaciones y aplicabilidad de la NOM-046-SSA2-2016.
- Regulación y mecanismos operativos para la disposición de productos mayores de 22 semanas de gestación.
- Rutas, procesos y personas involucradas en el acceso a servicios, así como acciones a tomar en casos de negación.
- Salud mental como conjunto de argumentos en torno al aborto.

### Subtemas/enfoques

- Habilidades de comunicación para diferentes tipos de audiencia, por ejemplo, para hablar con los profesionales de salud o con las instituciones, que minimizan el saber de las colectivas o acompañantes.
- Sistematización y análisis de datos sobre acceso para monitoreo y exigibilidad.

- b. Materiales accesibles para la población en general que contribuya a posicionar mensajes específicos y/o acercar la información indispensable para las potenciales usuarias

### Temas centrales

- Pasos o información sencilla para acceder a mecanismos de queja o denuncia.
- Posicionar la narrativa de que el aborto no debe ser considerado un delito (a partir de la reciente sentencia de la SCJN).
- Manual de derechos sexuales y reproductivos dirigido a las mujeres y para favorecer la demanda de servicios y exigir la garantía de sus derechos.
- Contenidos, implicaciones y aplicabilidad de la NOM-046-SSA2-2016.
- Rutas de acceso ("paso a paso") y acciones a tomar en casos de negación de los servicios.
- Atención integral a víctimas de violencia más allá de aborto: ¿Qué servicios requieren y en dónde acceder a estos?

b. Materiales accesibles para la población en general que contribuya a posicionar mensajes específicos y/o acercar la información indispensable para las potenciales usuarias

### Subtemas/enfoques

- Empoderamiento de la ciudadanía.
- Despenalización social.

c. Materiales elaborados para personal de salud que faciliten la labor de capacitación y sensibilización que las organizaciones realizan con profesionales o personal administrativo y directivo de los servicios de salud

### Temas centrales

- Derechos humanos, derecho a la salud, acceso a servicios, calidad de los servicios.
- Movimiento feminista y derechos, dirigido a estudiantes del área de la salud.
- Aborto como parte de la salud sexual y reproductiva, atención de niñas o adolescentes víctimas de violencia sexual, emergencias obstétricas, entre otros.
- Violación sexual y embarazo del segundo trimestre, como una de las mayores barreras de acceso y necesidades desatendidas.
- Mecanismo institucional "Ruta para la atención y protección integral de niñas y adolescentes madres y/o embarazadas menores de 15 años" (Ruta NAME)<sup>45</sup>.
- Contenidos, implicaciones y aplicabilidad de la NOM-046-SSA2-2016.
- Objeción de conciencia, criterios y mecanismo.

### Subtemas/enfoques

- Misoginia, discriminación, y estereotipos, que operan como barreras para las usuarias y colectivas o acompañantes.
- Sumar a estudiantes interesadas(os) al movimiento feminista y pro-derechos.
- Campañas de comunicación dirigidas a personal de salud que posicionen el trabajo de las colectivas.
- Obligatoriedad de la prestación de servicios y consecuencias de la negativa.
- Clarificación de valores: "¿Cómo sé si soy objetor de conciencia?" (GF-P19-2024)

45. SEGOC. Guía para la implementación de la "Ruta para la atención y protección integral de niñas y adolescentes madres y/o embarazadas menores de 15 años". 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3QcrjXf>

Como resultado de este bloque, puede observarse el interés significativo de las participantes en que la herramienta de incidencia esté dirigida a abordar temas con el personal de salud a modo de capacitación o sensibilización. Esta perspectiva coincide con que las personas o instituciones señaladas con mayor frecuencia como interlocutores son las Secretarías Estatales de Salud, los servicios de salud públicos y los profesionales de salud, a quienes dirigen estrategias de incidencia, así como intervenciones concretas durante el acompañamiento o la gestión del acceso a servicios de salud.

Cabe señalar, a partir de la obligatoriedad de la NOM-046-SSA2-2016 y las recientes sentencias de la SCJN se ha enfatizado el rol de las instituciones de salud como responsables de garantizar los derechos y el acceso a los servicios de salud, así como a las personas que los integran en su carácter de personas servidoras públicas, lo cual representa un importante nodo de tensión entre las organizaciones y los profesionales de salud:



**El personal de salud tiene resistencia a considerarse servidores públicos, por lo que percibe como lejano la obligatoriedad que establecen las sentencias o disposiciones para la prestación de servicios como derecho y garantía (GF-P03-2024).**

Por ello, la capacitación y la sensibilización, así como de la formación de alianzas individuales y de la gestión cara-a-cara, sigue siendo necesario y preponderante para las colectivas, aun cuando se advierte el escepticismo y los escasos resultados que se han obtenido a pesar de grandes inversiones y de trabajo constante a nivel local. Esta falta de resultados, desde la perspectiva de algunas participantes, se asocia a ciertos factores como la rota-

ción de personal o la participación del personal en formación en la atención, pero también identifican relaciones causales más complejas, como la imposibilidad de modificar actitudes, valores o ‘generar conciencia’ en temas como los derechos humanos o la violencia diferencial que viven las mujeres a través de un curso de capacitación. Asimismo, reconocen los mecanismos de estigmatización y penalización que afectan también a los profesionales de salud y la falta de espacios seguros de reflexión o de resolución de conflictos para ellas(os).

En lo que respecta a la herramienta dirigida a las propias colectivas, organizaciones o redes de acompañantes, resalta la necesidad de fortalecer conocimientos técnicos muy específicos, así como la habilidad para comunicarlo en dos sentidos: por una parte, legitimarlos a través del lenguaje y la evidencia cuando realizan estrategias de incidencia con las instituciones y, por otra, poder transmitirlo de manera simple y accesible a sus pares, a las personas usuarias y a los actores clave en el entorno comunitario. De manera que, el tipo de material que pudiera dirigirse a la población en general muestra contenidos similares pero orientados a los que la población necesita saber como una estrategia de ciudadanización y empoderamiento que contribuya activamente con la demanda de servicios y el ejercicio de sus derechos.

Por otra parte, diversas participantes apuntaron a otra necesidad compartida que es el autocuidado y la seguridad de las colectivas y acompañantes, por lo que, siguiendo esta línea, más que a una herramienta, se apeló a la importancia de los espacios de encuentro, directorios actualizados constantemente y otras formas de interacción entre organizaciones y acompañantes para tener un pulso actualizado de los sucesos más relevantes, las experiencias o logros compartidos que fomente el aprendizaje continuo, la posibilidad de contención emocional, así como el fortalecimiento y articulación del movimiento feminista a nivel estatal, regional y nacional.

Independientemente del tipo de materiales o la diversidad de contenidos, se obtuvieron algunas reflexiones clave en torno a la forma y la estructura que pudiera tener esta herramienta, en donde resalta un posicionamiento crítico común respecto del lenguaje utilizado en este tipo de materiales, ya que “es paradójico que hay mucha información, pero falta especificidad, simplicidad, accesibilidad” (GF-P16-2024). De manera que, se apuntó a ciertas sugerencias concretas:

- **Priorizar la precisión en el uso del lenguaje y términos técnicamente adecuados**, por ejemplo, “decir asistolia en lugar de muerte fetal” (GF-PO2-2024).
- **Buscar narrativas simples, pero consensuadas o representativas de un posicionamiento común**, por ejemplo, “es importante hablar del programa de servicios cuando hablamos de despenalización” (GF-P13-2024).
- **Adecuar el lenguaje a los objetivos y audiencias**, por ejemplo, “distinguir acciones políticas de las del prestador de servicios de salud” (GF-P15-2024).

Con respecto a la modalidad o medio de difusión que pudiera tener la herramienta, también resaltó la importancia de algo simple que esté al alcance, en términos del lenguaje, pero también en su disponibilidad y accesibilidad física, “que

se pueda traer en la bolsa...” Así, las participantes se inclinaron poco a las aplicaciones digitales, porque requieren buena conexión a internet y consumo de datos, por lo que no son tan accesibles para la población ni para el personal de salud que se encuentra en las comunidades más alejadas, a diferencia de otros medios virtuales como el *WhatsApp*®, que suele ser ilimitada, cuenta con encriptación para seguridad y es utilizada ampliamente, incluso en las comunidades. Si se tratara de campañas o difusión a la población, señalaron como experiencias exitosas aquellas que van más allá de las redes sociales porque no llegan a las personas que tienen mayores barreras, a diferencia de otras estrategias como rótulos en paredes, información en el papel de las tortillas, entre otros.

Finalmente, uno de los nodos que articularon las diversas intervenciones de las participantes fue que la labor que realizan es en su mayoría voluntaria y no remunerada, y se suma a sus actividades laborales, profesionales o de trabajo no remunerado, por lo que podría ser de utilidad contar con materiales impresos o videos cortos, estructurados, visualmente apropiados, con lenguaje sencillo que permitieran abordar las principales cuestiones técnicas tanto en las capacitaciones o talleres con profesionales de salud, como en el acompañamiento de las mujeres o personas usuarias. Con ello, podría transmitirse un mensaje común, con criterios homologados y reduciría el tiempo que dedican a realizar estas explicaciones a cada persona.



# 4

## Consideraciones hacia la construcción de la herramienta

**Esta investigación documental y cualitativa ha sido motivada por el propósito** de proporcionar una herramienta de incidencia dirigida a las colectivas y las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en territorio por mejorar el acceso a los servicios de aborto seguro. Se realizaron inicialmente una serie de precisiones sobre la articulación del Sistema Nacional de Salud y sus obligaciones al respecto. Posteriormente se indaga sobre las perspectivas y necesidades de las organizaciones y/o colectivas en el marco de las barreras de acceso real, a características básicas de los servicios (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad).

En el contraste entre los elementos normativos analizados y la realidad transmitida por las participantes de grupos focales, emerge la necesidad de socializar contenido legal y técnico en distintos temas, fines y formatos. Se observan en general, perturbaciones o ruidos en la interlocución en la triada formada por personas beneficiarias de los servicios de salud, instituciones y establecimientos responsables de garantizar la existencia y acceso a estos servicios y personas acompañantes de aborto como mediadoras. Se enlistan una serie de consideraciones que dan paso a necesidades informativas y comunicativas en la triada:

1. **Aunque existe una gran claridad sobre la obligatoriedad de la provisión de las diversas formas de aborto inducido en México, en la práctica existe poca contundencia sobre la certeza legal de éste.** Es observable también una heterogeneidad en el lenguaje sobre aborto seguro y aborto legal. La IVE es nombrada en la NOM-046 o aborto legal operando en una confusión de certeza jurídica con la ILE. El paradigma de salud integral es

asimilado como causal salud y sus características de profundidad y alcance se desdibujan.

2. **Es poco transparente la articulación del Sistema Nacional de Salud y los mecanismos operativos para ésta**, así como sus complejidades administrativas y programáticas, que se traducen en tensiones y ejercicio de poder fáctico en la realidad de los servicios. Tampoco son evidentes los elementos de contraste para verificar las características adecuadas de los servicios. En esa medida, los avances normativo-administrativos pierden visibilidad y son poco negociados o utilizados en la búsqueda de servicios con calidad.
3. **Se observó poca eficacia de las instituciones públicas para transmitir mensajes claros, contundentes y homogéneos** sobre los programas o componentes de la política pública sobre aborto seguro. A pesar de que un gran número de acompañantes tienen identificados como actores clave a personas funcionarias públicas que llevan a cabo gestiones en el ámbito federal o estatal, sus atribuciones, límites y alcances son poco claros. Se produce, a golpe de repetición en las barreras para el acceso a la salud, una desconfianza a priori sobre el sistema público. En la búsqueda de protección, se procura como prioridad la solución de los casos acompañados, quedando en un segundo plano labores de incidencia y exigibilidad de servicios. Hace falta difusión sobre la existencia de servicios en todo el país y su certeza legal-administrativa para operar.
4. **Las consideraciones sobre urgencia médica para los casos de violencia sexual son casi inoperantes**, se concentran sobre la necesidad de resolver el aborto, ignorando el contexto o las barreras estructurales que ocasionan retrasos en la solicitud de atención y en la resolución.

Entre el personal de salud y las acompañantes prevalecen consideraciones anquilosadas y poco apegadas a la legalidad sobre el entendimiento cabal de la salud como un complejo integral. Existe poca información sobre los deberes operativos y administrativos para la resolución de casos posteriores a las 12 semanas de gestación.

5. **Existe un uso generalizado del término objeción de conciencia para nombrar casi cualquier conducta de negación, obstaculización, dilación o persuasión**. Este uso desmedido de la noción ocurre en toda la triada (usuario-servicio/personal-acompañante) y termina por banalizar la ocurrencia de la conducta, asimilando más bien a la reproducción sistemática del estigma. Añadido a lo anterior, existe una gran heterogeneidad en el uso de nociones técnicas y el manejo de herramientas legales (como la legislación en salud o la sentencia de la SCJN) y poca capacidad de transmisión de parte de las instituciones sanitarias en el ámbito federal acerca de mecanismos de aviso y rutas de atención y referencia.

Cabe destacar que la identificación de la necesidad de una herramienta en los grupos focales, fue expresada por las participantes como una necesidad de materiales para transmitir información hacia la población general o el personal de salud en la mayoría de los temas. La percepción de las acompañantes es que ellas ya cuentan con información, habilidades y elementos necesarios y suficientes para realizar su trabajo de acompañamiento. Ellas cuentan con información del marco legal y los instrumentos básicos, los estándares técnicos para la atención médica y nociones técnicas sobre derechos humanos. No ocurre así, en las labores de transmisión de información y/o de incidencia, donde sí se señalaron una serie de ambigüedades, fallas en la transparencia de infor-

mación pública sobre regulación sanitaria, protocolos y rutas de atención o instrumentos legales como las sentencias de la SCJN, incluso usos coloquiales de conceptos técnicos con imprecisiones. Señalaron también la necesidad de contar con formatos efectivos, cortos y de alta reproducibilidad.

Esto podría implicar la necesidad de proveer herramientas en plural, es decir, un set de elementos conectados que permitan tener “a la mano” información de alta precisión, en distintos escenarios, mecanismos de interlocución y con diversas audiencias. La información contenida en las herramientas deberá ser accesible, comprensible y útil para exigir una necesidad (como el cumplimiento de un servicio o característica

determinada de éste), procurar el cumplimiento de una obligación o tomar decisiones sobre rutas de actuación en el acompañamiento.

En ese sentido, se ha dispuesto materializar la información técnica, organizada en un set pentagonal. Cinco fichas temáticas que responden a cinco preguntas orientadoras sobre el tema. Esto tiene la finalidad de acercar información altamente precisa, en un lenguaje simple, útil y transmisible.

En la siguiente tabla se resumen los temas y las preguntas abordadas para el contenido técnico de las herramientas.

El contenido se encuentra desarrollado en la herramienta anexa *Abortando las barreras: Argumentos clave para la incidencia*.

| Figura 4   Contenido de la herramienta                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TEMA                                                             | PREGUNTAS ORIENTADORAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p><b>Marco legal y administrativo para el aborto seguro</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué es el derecho a la salud?</li> <li>• ¿Qué es un servicio de salud?</li> <li>• ¿Qué abortos es legal atender en los servicios de salud en México?</li> <li>• ¿Qué es el principio pro-persona?</li> <li>• ¿Qué es la salud integral?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>Sistema Nacional de Salud</b></p>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué es el Sistema Nacional de Salud y qué instituciones son relevantes en la provisión de servicios?</li> <li>• ¿Cuál es el rol de la Secretaría de Salud federal en el SNS?</li> <li>• ¿Cuál es el papel de la Secretaría de Salud federal en la provisión de servicios de aborto seguro?</li> <li>• ¿Cuál es el papel de las Secretarías de Salud estatales en la provisión de servicios de aborto seguro?</li> <li>• ¿Solo los SESA e IMSS-Bienestar están obligados a ofrecer servicios de aborto seguro?</li> <li>• ¿Más allá de la operación de los servicios, qué otros actores del SNS son relevantes en materia de aborto seguro?</li> </ul> |

Figura 4 | **Contenido de la herramienta** (continuación)

| TEMA                                                                                     | PREGUNTAS ORIENTADORAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Política Pública sobre Aborto Seguro</b>                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por qué es necesario incluir el aborto seguro en las políticas públicas?</li> <li>• ¿Cuáles son los estándares de calidad para la atención del aborto seguro?</li> <li>• ¿Cuáles son las características de los servicios de aborto seguro?</li> <li>• ¿En dónde se encuentran los servicios de aborto seguro?</li> <li>• ¿Cuáles son las rutas de atención en los servicios de aborto seguro?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Consideraciones específicas sobre abortos de segundo trimestre con énfasis en IVE</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué casos es necesario el Certificado de Muerte Fetal?</li> <li>• ¿Qué es la disposición final del feto?</li> <li>• ¿Hasta qué semana de gestación se puede realizar la IVE?</li> <li>• ¿Qué otras consideraciones específicas tiene la IVE para su atención en los servicios de salud?</li> <li>• ¿Qué es una urgencia médica?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Objeción de conciencia</b>                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo se define la objeción de conciencia?</li> <li>• ¿Puede considerarse a la objeción de conciencia como un derecho?</li> <li>• ¿Qué tipo de personal de salud puede ejercer la objeción de conciencia?</li> <li>• ¿El derecho a la objeción de conciencia tiene límites?</li> <li>• ¿Cómo se puede saber si el personal de salud es objetor de conciencia?</li> <li>• ¿Existe un registro de personal objetor de conciencia?</li> <li>• ¿Las instituciones de salud pueden ser objetoras de conciencia?</li> <li>• ¿Cuáles son los documentos clave sobre objeción de conciencia y aborto en México?</li> </ul> |

## ANEXO 1

### Formato de consentimiento informado

#### Estimada colega:

En Católicas por el Derecho a Decidir estamos interesadas en producir materiales para facilitar el trabajo de las organizaciones y/o colectivas que trabajan acompañando mujeres en situación de aborto. Con ayuda de un equipo de consultoras estamos investigando sobre cuáles son las negativas de acceso a los servicios de aborto que enfrentan más frecuentemente en tu organización y/o colectiva durante los acompañamientos.

Si aceptas participar, lo harás en una entrevista grupal con otras colegas que acompañan casos de aborto en México con incidencia local. La entrevista no tomará más de dos horas, será dirigida por una de nuestras consultoras, mientras otras dos toman nota. La entrevista será grabada. Tu participación es voluntaria, si hay alguna pregunta que te incomoda o no quieres responder por alguna causa, será posible omitirla y podrás retirarte del grupo antes de que finalice en cualquier momento que decidas.

CDD y el equipo de consultoras nos comprometemos a que los resultados de la entrevista no incluyan señas o datos personales que permitan identificar tu identidad, ni la de las personas involucradas en los casos que nos compartas o los datos tu organización y/o colectiva. La información que nos compartes es confidencial. Los materiales de grabación serán manipulados únicamente por el equipo de consultoras y eliminados una vez que se hayan analizado. Un reporte con el trabajo de análisis y sistematización será entregado a Católicas por el Derecho a Decidir A.C., omitiendo cualquier dato que identifique a las personas que participaron.

Si tienes cualquier consulta sobre la entrevista o este documento, puedes contactar a Karla Flores Celis (consultora) en el siguiente correo electrónico:

**[karla.floresc.abortoseguro@gmail.com](mailto:karla.floresc.abortoseguro@gmail.com)**

Entiendo que mi participación en la entrevista grupal es voluntaria y confidencial, que la entrevista será grabada y que los resultados no contendrán mi información personal o de mi organización/Colectiva.

---

Lugar y fecha

---

Nombre y firma

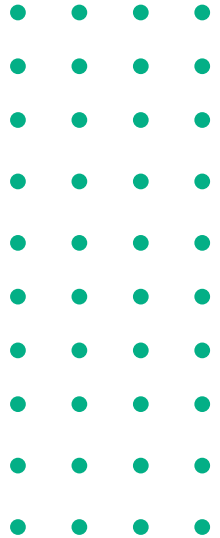


© 2025 Católicas por el Derecho a Decidir A. C.

Este informe se terminó de elaborar  
el 25 de julio de 2025.

Publicado en México por CDD México.





## ¿Qué ocurre cuando la autonomía reproductiva se enfrenta a barreras que se escudan en la objeción de conciencia?

En México, el acceso al aborto legal y seguro ha avanzado significativamente en el ámbito jurídico, pero en la práctica persisten diversos obstáculos para el acceso efectivo a servicios de calidad, dignos y respetuosos. Entre ellos se encuentra el uso indebido de la objeción de conciencia por parte del personal de salud. Este documento ofrece un análisis riguroso, contextualizado y accesible sobre cómo **la desinformación en torno a la objeción de conciencia impacta la vida de mujeres y personas con capacidad de gestar**, y cómo se entrelaza con el estigma, la criminalización y los desafíos para avanzar en la política pública. Basado en la revisión documental, y la experiencia y voces de organizaciones y colectivas que acompañan en el territorio, este documento es una herramienta clave para la incidencia, la defensa de los derechos reproductivos y la exigencia de que los servicios de salud se garanticen en un marco de respeto a la ética laica, la justicia social y reproductiva.



[catolicasmexico.org](https://catolicasmexico.org)

