



ABORTANDO ESTIGMAS

LA IMPLEMENTACIÓN DE ABORTO SEGURO
EN EL ESTADO DE HIDALGO
A DOS AÑOS DE SU DESPENALIZACIÓN

Diagnóstico de Derechos Sexuales y Reproductivos
de Juventudes en Hidalgo



SEPTIEMBRE, 2023

SERVICIOS DE INCLUSIÓN INTEGRAL Y DERECHOS HUMANOS A. C.



ABORTANDO ESTIGMAS: LA IMPLEMENTACIÓN DE ABORTO SEGURO EN EL ESTADO DE HIDALGO A DOS AÑOS DE SU DESPENALIZACIÓN

SEPTIEMBRE, 2023

Redacción:

Ashley Odeth Pedraza Cerón
Gabriela Lehmann Pepping
Yuritzi Mariana García Camacho
Diana Avilés Quezada
Ingrid Abigail Vázquez Quiroz

Colaboración:

Samara Marilú López Sánchez
Dayma Abigail Hernández Olvera
Julissa Tenorio Ortiz

Revisión:

Alan Javín Álvarez Ríos
Rafael Castelán Martínez
Lizeth Clavellina Angeles

Diseño y maquetación:

Lizeth Clavellina Angeles
Cristopher Isai Cruz Ordoñez

Ilustraciones:

Amanda Wong Huicochea



Servicios de Inclusión Integral y Derechos Humanos A. C. (SEIINAC)
1a. Cda Galeana 101. Col. Centro, Pachuca de Soto, Hidalgo. C. P. 42000
771 133 60 44
www.seiinac.org.mx
contacto@seiinac.org.mx

Este documento se ha construido con el apoyo de Católicas por el Derecho a Decidir.
Se autoriza la reproducción total o parcial de este material toda vez que se cite la fuente.

Índice

Glosario	4
Introducción	7
CAPÍTULO I. Antecedentes de la despenalización del aborto en Hidalgo	9
◇ La despenalización del aborto en México	10
◇ En la despenalización del aborto en Hidalgo ¡FUIMOS TODAS!	11
CAPÍTULO II. Dispositivo de evaluación-intervención de la despenalización del aborto en el Estado de Hidalgo	17
◇ Un dispositivo mixto para hablar del acceso al aborto seguro	18
◆ Solicitud de información al Portal Nacional de Transparencia	21
◆ La Escuelita Abortera	21
◆ Abortando estigmas: Capacitaciones con personal de salud	22
◇ Instrumentos para el análisis cuantitativo	22
◇ Herramientas para el análisis cualitativo	23
◆ Encuentro de mujeres: Por el acceso digno al derecho a decidir	24
CAPÍTULO III. Abortando estigmas: la implementación de Aborto Seguro en el estado de Hidalgo a dos años de su despenalización	25
◇ Hidalgo, su posición geográfica y población gestante	26
◇ El embarazo en adolescentes y aborto	26
◇ Aborto Seguro en Hidalgo un avance en la garantía de los Derechos Reproductivos	27
◆ Interrupción Legal del Embarazo (ILE)	30
◆ Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)	32
◆ Objeción de conciencia y sus límites en la Salud Pública de Hidalgo	35
◇ La percepción de la IVE e ILE desde mujeres y personas con capacidad de gestar de Hidalgo	38
◆ Información general de las personas participantes	38
◆ Sobre la ILE, IVE y el aborto autogestionado en el Estado de Hidalgo	39
◇ Percepciones del personal de salud sobre el servicio de aborto seguro	43
◇ Sobre los procedimientos de ILE e IVE en unidades y hospitales del estado de Hidalgo	45
◇ Relatos de mujeres que lucharon por un acceso a un aborto digno	45
◆ Tiempos de dudas y decisiones: la experiencia de Carmen en su ILE	45
◆ El desafío de Sara: acceder al aborto en un laberinto de obstáculos y emociones	47
◆ Barreras y desafíos en la búsqueda de un aborto seguro en los relatos de Sara y Carmen	49
◇ Obstaculización de los servicios de aborto	49
◇ Afecciones subjetivo-emocionales a partir de la atención en hospitales	52
◆ La necesidad de apoyo social a las personas que deciden abortar	53
◆ Esperanza y adversidad experiencias y percepciones sobre aborto en el encuentro de mujeres	54
◇ El estigma social al aborto, una necesidad persistente	54
◇ La difusión de información sobre el programa de Aborto seguro	55
◆ Atención ante un proceso de ILE	57
◇ El gobierno, la iglesia y la familia, contribuciones al estigma social del aborto	58
CAPÍTULO IV. Puntos de llegada, de partida y recomendaciones	62
Referencias	67

Glosario

Aborto: Terminación, espontánea o inducida del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre.

Aborto seguro: Es el aborto que se atiende con los métodos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en condiciones médicas adecuadas, con personal capacitado y en instalaciones sanitarias adecuadas, con el fin de prevenir complicaciones y riesgos para la salud de la mujer o persona con capacidad de gestar.

Aborto autogestivo: Práctica en la que una persona gestante decide interrumpir su embarazo por sus propios medios, sin la intervención de un profesional médico o una institución de salud.

(Métodos) Antifecundativos/anticonceptivos: Sustancias, objetos o procedimientos para evitar que se presente un embarazo, pueden ser temporales o permanentes. Para este documento se utilizará la palabra anticonceptivos.

Derechos reproductivos: Derechos humanos que se basan en el reconocimiento de la autodeterminación reproductiva de las personas, garantizan a las personas el control y la autonomía sobre su propia salud sexual y reproductiva, incluyendo la decisión de tener o no tener hijas o hijos, el esparcimiento y a disponer de la información y los medios para ello.

Derechos sexuales: Derechos humanos que garantizan a todas las personas la libertad de tomar decisiones informadas sobre su propia vida sexual y reproductiva, sin discriminación, coerción ni violencia. Estos aspectos engloban la enseñanza de la sexualidad, el valorar y respetar la integridad tanto física como emocional de las personas, poder elegir libremente a las parejas sexuales y tener relaciones consensuadas. También implica proteger la orientación sexual y la identidad de género, así como garantizar el derecho a tener una vida sexual satisfactoria y placentera.

Edad gestacional: Se refiere a la cantidad de días o semanas que han transcurrido desde el primer día de la última menstruación regular, hasta el momento del nacimiento o el evento gestacional en estudio.



Estigma: Actitudes y creencias negativas que producen rechazo o desvalorización hacia una persona o grupo. Estas actitudes pueden producir un impacto significativo en cómo las personas se ven a sí mismas.

Estereotipo: Idea o imagen aceptada socialmente que asigna características específicas a un grupo o tipo de personas. Estas generalizaciones simplificadas y poco objetivas pueden llevar a juicios injustos o a la perpetuación de preconceptos sobre un grupo de personas.

Interseccionalidad: Se reconoce que las personas no solo se enfrentan a una forma de dominación, sino que también pueden enfrentar múltiples formas de discriminación y desventaja debido a factores como su género, raza, clase social, orientación sexual, discapacidad y ubicación geográfica, entre otros.

Interrupción Legal del Embarazo (ILE): Aquella interrupción del embarazo que se realiza a simple demanda de la mujer en ejercicio de su autonomía reproductiva de acuerdo con el Código Penal del Estado de Hidalgo.

Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE): Aquella interrupción del embarazo como derecho de las víctimas de violencia sexual de acuerdo con la Ley General de Víctimas y la NOM-046-SSA2-2005.

Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México: Documento que establece los criterios de atención en las unidades de salud, para que las mujeres y personas con capacidad de gestar, incluyendo niñas y adolescentes, que necesiten servicios de aborto seguro en el país, tengan acceso a una atención adecuada y completa.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 (NOM 046): Es una regulación emitida por la Secretaría de Salud de México. Su objetivo principal es establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos.

Objeción de conciencia: Cuando el personal médico o de enfermería se niega a proporcionar un servicio de atención médica que está respaldado por la ley y la práctica médica, debido a sus creencias personales, religiosas u otras razones. Sin embargo, es importante destacar que el derecho a la objeción de conciencia tiene límites y no puede ser un obstáculo para garantizar los derechos humanos de las personas, como el derecho a la salud.



Personas con capacidad de gestar: Se utiliza para incluir a todas las personas que pueden experimentar un embarazo, independientemente de su identidad de género.

Perspectiva de género: Herramienta de análisis y reflexión para comprender cómo las diferencias de género influyen en la vida de las personas y en las relaciones sociales, políticas y económicas, busca identificar y cuestionar los estereotipos y roles de género que limitan la participación y el desarrollo de las mujeres en la sociedad, así como promover la igualdad de oportunidades y de derechos.

Prejuicio: Idea o juicio que se forma de manera anticipada y se aplica a una persona sin conocerla. Implica juzgar o calificar a alguien negativamente basándose en características o motivos superficiales. Los prejuicios son una forma de juzgar a lo que consideramos diferente sin tener conocimiento y suelen implicar la creencia de que lo diferente es "malo, incorrecto, inaceptable o inadecuado".

Salud sexual: Estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad. Implica tener una actitud positiva y respetuosa con las relaciones sexuales, así como la capacidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia.

Salud reproductiva: Estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con todas las funciones y procesos del sistema reproductivo. No se trata solo de la ausencia de enfermedades, sino de poder tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de decidir si tener hijas e hijos o no, y cuándo tenerlos.

Introducción

En el marco de los Derechos Humanos (DDHH) y la salud pública, todas las personas tienen derecho a la atención en salud. Entendiendo que la salud es el estado completo de bienestar físico, emocional, mental y social; no solamente la ausencia de enfermedad; para asegurar este derecho, se enunciaron los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DDSS y DDDR), los cuáles refieren que se debe ofrecer a todas las mujeres y personas con capacidad de gestar, una atención integral para acceder a un aborto, como parte de su derecho a la salud; debido a que una atención poco digna, inasequible e inoportuna puede poner en riesgo su vida y estado de salud biopsicosocial (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Los procedimientos de aborto son sencillos y habituales. Siempre y cuando, la persona con necesidad de interrumpir un embarazo, cuente con los servicios de atención a un aborto de calidad, información, insumos farmacológicos y apoyo social (OMS, 2023).

En este sentido, desde el año 2000 en el estado de Hidalgo el movimiento feminista promovió el proceso para la despenalización del aborto y no criminalización de las mujeres que hubieran accedido a uno. Movimiento al que se sumó Servicios de Inclusión Integral y Derechos Humanos A.C. (SEIINAC), Organización de la Sociedad Civil (OSC) que desde el 2013 promueve y defiende DDSS y DDDR de las niñas, adolescentes y mujeres en el estado de Hidalgo.

Posterior a una lucha colectiva por el acceso y defensa de los DDSS y DDDR de las mujeres, el 30

de junio del 2021 se despenalizó el aborto hasta las 12 semanas de gestación. Y a partir de ese momento, la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo (SSH) diseñó e implementó el programa de "Aborto Seguro" para el estado de Hidalgo, donde ha reportado 1 mil 138 procedimientos de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) y doce casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) entre julio del 2021 a diciembre del 2022.

En respuesta, durante el año 2022 SEIINAC en colaboración con Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) implementó el proyecto "Decidir para vivir: Evaluación y consolidación del servicio de Aborto Seguro en Hidalgo". Proyecto que buscó contribuir a que mujeres y personas con capacidad de gestar pudieran contar con información sobre aborto y acceder a un procedimiento en condiciones de calidad y laicidad en los servicios de salud del estado de Hidalgo.

Este documento presenta algunos de los hallazgos en la implementación de dicho proyecto, experiencia vinculada a las mujeres y personas con capacidad de gestar, así como con personal de salud que está al frente del programa "Aborto Seguro".

El documento inicia con un apartado de antecedentes en donde se profundiza en el proceso histórico de la lucha por la despenalización del aborto en el estado de Hidalgo. Así como un marco de referencia en donde se define el aborto y se abordan implicaciones biopsicosociales¹, el contexto y causales del aborto en México e Hidalgo y algunos aspectos del programa Aborto

Seguro y la situación de la ILE e IVE con base en datos proporcionados por la SSH.

Consecutivamente, en el apartado metodológico se detalla cuáles fueron los objetivos del proyecto y las actividades desarrolladas. Así como, el enfoque metodológico, métodos, muestra y técnicas, que permitieron recuperar los puntos de vista de las personas involucradas en la implementación del proyecto.

A su vez, la sección de resultados se divide en tres dimensiones. En la primera se presenta un panorama general de la aplicación del cuestionario "Evaluación de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) y la Interrupción Voluntaria (IVE) en el estado de Hidalgo", que respondieron mujeres y personas con capacidad de gestar, donde se recuperaron aspectos sociodemográficos, mecanismos de información por el cual se enteraron de los servicios, procedimientos recurrentes en la ILE, tiempos de espera, conformidad con la atención en los servicios de salud, razones de elección de un aborto autogestivo y métodos anticonceptivos.

Así mismo, del personal en salud se recolectaron datos sociodemográficos enfocados a su quehacer, las capacitaciones recibidas en el Protocolo de atención del programa "Aborto Seguro", Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y trato humanitario a las usuarias, desabasto de insumos farmacológicos y métodos anticonceptivos de mayor recurrencia.

En la segunda dimensión, se reconstruyeron las historias de dos mujeres que accedieron a una

ILE en hospitales de la SSH. Su experiencia está plasmada en dos relatos de vida, que permiten reflexionar sobre los métodos, procedimientos, tratos en la atención de la ILE y métodos anticonceptivos.

En la tercera dimensión de resultados, se presentan los discursos, reflexiones y discusiones en torno a las experiencias y percepciones sobre la difusión de información del programa de "Aborto Seguro", el tipo de atención ante un proceso de ILE, así como ideas establecidas en las instituciones: Estado, iglesia y familia. Los elementos anteriormente referidos, fueron recuperados mediante un grupo focal.

Finalmente, se presenta un apartado de discusiones en donde están vertidas las reflexiones generales de los resultados de este trabajo, así como algunas propuestas para la mejora de los servicios para acceder de forma digna a una ILE e IVE en el estado de Hidalgo.

¹ La noción de biopsicosocial, integra cuestiones biológicas, psicológicas y sociales.

CAPÍTULO I.

Antecedentes de la despenalización del aborto en Hidalgo



La despenalización del aborto en México

La lucha por despenalizar el aborto en México no es reciente. Es la lucha de las mujeres por decidir sobre sus cuerpos, la cual, a lo largo del tiempo, ha experimentado avances y retrocesos. Esta lucha abarca décadas e involucra a numerosas organizaciones, feministas, instituciones, políticas y personas defensoras de derechos humanos.

Uno de los hitos más significativos en esta lucha ocurrió en 2007, cuando El Distrito Federal, hoy Ciudad de México se convirtió en la primera entidad en el país en despenalizar el aborto. El martes 24 de abril, la Asamblea Legislativa aprobó la ley que despenalizaba el aborto hasta la semana 12 de gestación incluyendo mecanismos para la impartición de servicios de salud adecuados.

De acuerdo al informe Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias (Juárez et. al, 2013) un año después de la aprobación de la ley que despenaliza el aborto en la Ciudad de México, un total de 13,404 mujeres se sometieron a un procedimiento de aborto en las instituciones públicas; al año 2009 se reportaron 16,475 procedimientos; este número aumentó a 16,945 en 2010; y a 20,319 en 2011. La Ciudad de México se convirtió en una isla para el ejercicio del derecho a decidir de mujeres no sólo de esa Ciudad, sino del resto del país.

Aunque la marea verde comienza en Argentina

en 2005 a partir de una campaña para llevar al poder legislativo de ese país, presentando su iniciativa en 2007, haciendo eco en otros países; y a pesar de que en 2007 se despenalizó en la Ciudad de México y los esfuerzos en cada uno de los estados, por incidir en la ampliación de causales de la interrupción legal del embarazo, estos no tuvieron avances. Pero la marea siguió subiendo y en 2019, 12 años después, el segundo estado, Oaxaca, logró la despenalización.

El 25 de septiembre del 2019 con 24 votos a favor y 12 en contra, Oaxaca se convirtió en el segundo estado del país en otorgar a las mujeres el derecho a decidir sobre sus cuerpos, con la modificación al artículo 12 de la Constitución local, así como su Código Penal estatal y la Ley de Salud. Al igual que en la Ciudad de México, la ley evita que mujeres sean encarceladas por abortar, pues, de acuerdo a López (2020) en Oaxaca 20 mujeres habían sido encarceladas y, había 49 carpetas de investigación relacionadas con abortos.

Las victorias han seguido avanzando, en el año 2021 la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN, 2021), declaró la inconstitucionalidad de la criminalización del aborto en México. Esta declaración contempla que deben eliminarse las barreras que inhiben o anulan el derecho a decidir, entre ellas, la penalización del aborto, que vulnera otros DDHH como el libre desarrollo, la salud y la dignidad.

Después de este llamado, 12 entidades han modificado su Código Penal para que las

mujeres puedan decidir libremente hasta las 12 semanas de gestación y, en Sinaloa hasta las 13 semanas² (Figura 1). Sin embargo, a pesar de este llamado, incrementaron en un 28% (SESNSP, 2023) los procesos de investigación por el delito de aborto en el 2022.

Un adelanto más sucedió el 6 de septiembre de 2023, cuando la Suprema Corte de Justicia de México, emitió una nueva sentencia en la que mandata que el Congreso de la Unión debe actualizar el Código Penal Federal para eliminar la penalización del aborto y garantizar que la interrupción voluntaria del embarazo no sea considerada un delito.

Esta sentencia, insta al gobierno federal a reforzar los servicios de salud reproductiva y garantizar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en todo el país, especialmente en las zonas rurales y marginadas; proporcionar información y capacitación a los profesionales de la salud sobre la interrupción voluntaria del embarazo y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

También, tiene como objetivo sensibilizar y educar a la población en general sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y la importancia de prevenir y combatir la discriminación y la violencia contra las mujeres; por último el ejecutivo deberá, promover políticas públicas y programas de prevención y atención de la violencia y la discriminación contra las mujeres, incluyendo la violencia y la discriminación por razones de género.

Los avances seguirán en términos legislativos, pero las experiencias de los estados donde se ha despenalizado avizoran otras barreras, que van desde el cambio ideológico en la sociedad, pero también en las personas que proporcionan los servicios de aborto. Ésta, por lo tanto, es una lucha que continúa, hasta que el ejercicio pleno de los derechos humanos de las mujeres sean una realidad.

En la despenalización del aborto en Hidalgo, ¡FUIMOS TODAS!

El 30 de junio del 2021 el Congreso del Estado de Hidalgo, despenalizó el aborto por voluntad hasta las 12 semanas de gestación y el 6 de julio del mismo año, se publicaron las reformas al Código Penal del Estado de Hidalgo y a la Ley estatal de Salud en el Diario Oficial del Estado, para entrar en vigor al día siguiente de su publicación.

Sin embargo, la lucha por la despenalización del aborto en Hidalgo no es un tema reciente. En México, se reconoce que incluso en el Primer Congreso Feminista realizado en Yucatán en 1916, feministas como Elvia Carrillo y Hermila Galindo, ya planteaban discusiones sobre diversos temas de los derechos de las mujeres, incluido el control de la natalidad y la educación sexual. El derecho al aborto, se presentó con mayor fuerza en los trabajos editoriales de “El contingente de la mujer” y la “Liga de Resistencia Rita Cetina” a principios de los años veinte.

En la década de los años treinta, la cubana Ofelia

² Información actualizada al 21 de junio del 2023.

Domínguez Navarro presentó la ponencia “Aborto por causas sociales y económicas” en la Convención de Unificación del Código Penal en México, en el que “propone a partir de un análisis sociológico y jurídico, que se derogue la legislación que penaliza el aborto” (Cano, 1990). Propuesta con fundamento en un análisis marxista de la situación de la mujer de un grupo de mujeres feministas, entre ellas, Matilde Rodríguez Cabo, Esther Chapa, Ofelia y algunas militantes comunistas, por mencionar algunas, Refugio García y Esperanza Balmaceda.

Después de un periodo de poco debate sobre el aborto, en la década de los 70, las colectivas y grupos feministas vuelven a poner el tema sobre la mesa y se empieza a hablar sobre maternidades voluntarias, de igual manera, del artículo “Breve historia del aborto en México” de Marie Stopes (2023), se rescatan algunos acontecimientos sucedidos entre las décadas de los 70 y los 90, entre ellas la Primera Jornada Nacional Sobre Aborto (1976), el Proyecto de Ley de Maternidad Voluntaria (1979), la fundación del Frente Nacional por la Maternidad Voluntaria, la Despenalización del Aborto (1991) y la Campaña de Acceso a la Justicia para las Mujeres (1998).

Durante este periodo, sin duda, se realizaron acciones en el estado de Hidalgo. El 14 de septiembre de 1987, Carmen Rincón, una mujer hidalguense fue víctima de violaciones a sus derechos humanos reproductivos, pues por un descuido del médico que la atendió en parto, su hija falleció y ella quedó estéril, misma que junto a su familia, compañeras y su abogada Rosa María Gutiérrez, en el año de 1992 ganó por

primera vez en toda la historia del derecho y de los derechos de las mujeres en México, un juicio por violación a derechos reproductivos (Alcalá & Escorza, 2000).

De 1987 a 1992 Carmen, su familia y mujeres feministas, organizaciones sindicales y mujeres amas de casa y trabajadoras, organizan marchas, publican desplegados, realizan brigadas informativas, entre otras acciones para exigir justicia por la violencia obstétrica de la que había sido objeto Carmen. En 1996 la periodista Sara Lovera y colaboradoras convocaron al Primer Tribunal Contra la Violación a Derechos Reproductivos “Carmen Rincón” (Alcalá y Escorza, 2000).

En la primera década del siglo XXI, siguieron los esfuerzos por el acceso a los DDHH de las mujeres, en particular los DDSS y los DDDR, pues en el año 2000 con el impulso del Parlamento Ciudadano de Mujeres de Hidalgo y la participación de Carmen Rincón y Otilia Sánchez, se ingresa la primera iniciativa para ampliación de causales en el Congreso estatal.

De igual manera, en el año 2002, a nivel nacional, surge la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir (ANDAR), articulación conformada por cinco organizaciones nacionales: Católicas por el Derecho a Decidir; Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia; Ipas Centro América y México; Population Council Mexico y Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) y locales, en Hidalgo, SEINAC se suma a esta alianza; organizaciones que han “participado y contribuido en procesos clave en torno a la

lucha por el aborto legal y seguro en México” (ANDAR, 2020).

Es durante 2008 que feministas hidalguenses y la organización Cíhuatl A.C. ven un avance importante para el tema de aborto en Hidalgo, pues se realizan modificaciones al Código Penal en materia de ampliación de causales, entre ellas se incluyen la de violación, la de malformaciones congénitas graves, el riesgo de vida para la mujer y la causal de accidente, mismas que fueron aprobadas por unanimidad y consenso de las fracciones parlamentarias del Partido Revolucionario Institucional (PRI), Partido Acción Nacional (PAN), Partido de la Revolución Democrática (PRD), Partido Verde Ecologista de México (PVEM) y un diputado independiente.

La Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México (DDESER), una “red ciudadana, integrada por mujeres y jóvenes activistas, comprometida con la construcción de una sociedad que viva, difunda, defienda, exija y vigile el respeto a los derechos sexuales y reproductivos” (DDESER, 2023), impulsa en el estado de Hidalgo acciones para la despenalización del aborto a raíz de la iniciativa presentada en 2006 y aprobada en 2007 en el entonces Distrito Federal la cual despenalizaba el aborto hasta las 12 semanas de gestación.

Adriana Patlán y Bertha Miranda, integrantes de la Red DDESER iniciaron el acompañamiento a mujeres que necesitaban abortar por las causales o por elección; y en 2009, inician el monitoreo simulado, esto quiere decir que acudían como usuarias a solicitar un servicio

para evaluar la atención recibida de parte de los servicios de salud, también realizaron capacitaciones sobre el marco jurídico de los DDSS y DDDR.

Entre 2013 y 2016 se impulsaron otras acciones que consideramos parteaguas en el tema, entre ellas: la búsqueda de procesos judiciales en contra de mujeres por el delito de aborto, su visibilización pública y cierre de las carpetas de investigación para evitar que las mujeres estuvieran bajo un proceso judicial o privadas de su libertad por tal motivo.

Durante este periodo, organizaciones y agrupaciones de la sociedad civil, entre ellas SEINAC, se dedicaron a realizar proyectos, algunos en colaboración con las instituciones estatales tendientes a promover los DDSS, los DDDR, la prevención del embarazo no planeado y/o no deseado durante la adolescencia, la promoción de la educación integral en sexualidad, el fortalecimiento de redes comunitarias, así como prevención de las violencias, principalmente, la violencia sexual en el estado de Hidalgo y en la región.

En el año 2017, DDESER, la Fundación Arturo Herrera Cabañas y SEINAC, en colaboración con la ANDAR, realizaron la campaña “Tú puedes elegir un aborto legal” en la ciudad de Pachuca, misma que tuvo el objetivo de informar a las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual su derecho al acceso al aborto legal y seguro, con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 (NOM-046), misma que fue armonizada con la Ley General

de Víctimas, para que las adolescentes y las mujeres hidalguenses que hubieran vivido violencia sexual y presentaran un embarazo, accedieran a su derecho en los servicios de salud. La campaña fue realizada de manera simultánea en Guerrero, Jalisco, Estado de México y Querétaro.

Para 2018, en el marco de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA), el Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA) aprobó el "Mecanismo para la Articulación Intersectorial para la Atención de Niñas y Adolescentes Madres y/o embarazadas (NAME)" y el Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo Adolescente (GEPEA) Hidalgo, propuso implementar este mecanismo de forma piloto en Hidalgo y luego en todo el país.

Como resultado, en 2019 se obtuvieron la "Ruta para la atención y protección integral de niñas y adolescentes madres y/o embarazadas menores de 15 años del estado de Hidalgo" y el Sistema Informático para el registro y monitoreo de la atención a las NAME y sus hijos (Gobierno de México, 2020).

En marzo del 2019, durante el cambio de partido con mayoría en el Congreso local, MORENA, se llevó a tribuna, por primera vez, una iniciativa para la despenalización del aborto, construida con las aportaciones y miradas de DDESER, SEIINAC, Yo te Creo, DiRamona, del Conversatorio de Mujeres de Hidalgo, Marea Verde Hidalgo, la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, mujeres feministas y defensoras de derechos humanos.

Durante este año se realizaron diversas acciones por parte de las mujeres organizadas, asociaciones civiles y activistas independientes, tales como foros, actividades de sensibilización, cabildos con las y los diputados del Congreso del Estado, movilizaciones y acompañamientos a mujeres que necesitaban acceder a un aborto; con 10 votos a favor, 15 en contra y cinco abstenciones, el 12 de diciembre del 2019, se rechazó la propuesta de interrupción legal del embarazo en Hidalgo. Durante este mismo año, el estado de Oaxaca se convierte en el segundo estado en despenalizar el aborto, doce años después de la Ciudad de México.

Entre 2018 y 2021 se realizan una serie de acciones con el objetivo de informar a la ciudadanía de Pachuca y del interior del estado, sobre el proceso e importancia de la despenalización del aborto, inspiradas en el movimiento Marea Verde de Argentina.

En el camino, miles de mujeres jóvenes se suman en la exigencia de la despenalización del aborto y la garantía del derecho a decidir.

Así nacen otras colectivas y grupos con la finalidad de fortalecer las acciones que se realizaban sobre la despenalización, pero también para evidenciar las violencias de las que son objeto las niñas, adolescentes y mujeres hidalguenses, entre ellas la violencia digital, el acoso en las calles, en los trabajos y en las escuelas, así como la violencia sexual y feminicida; entre ellas, Marea Verde Tula, Colectiva Feminista Meztlí, Aquelarre Cihuatlán, Colectiva Feminista Tetik Siuatl, La Colectiva, Colectiva

Feminista las Hijas de Medusa, Activismo Feminista Independiente, Colectiva Feminista Mujeres del Tule, Atzin-Colectiva Feminista, Aquelarre Lilith, Colectivo Feminista Huichapan, Colectiva Feminista Mujeres de Viento, entre otras.

Los medios han sido aliados importantes al informar, visibilizar y generar debate público, contribuyendo a cambiar la percepción social y promover un enfoque basado en los derechos humanos y la justicia reproductiva. A través de reportajes, entrevistas y artículos, han contribuido a informar al público sobre los argumentos a favor del aborto, así como las historias y experiencias de las mujeres que han enfrentado dificultades debido a la legislación restrictiva.

Estados que han despenalizado el aborto en México:

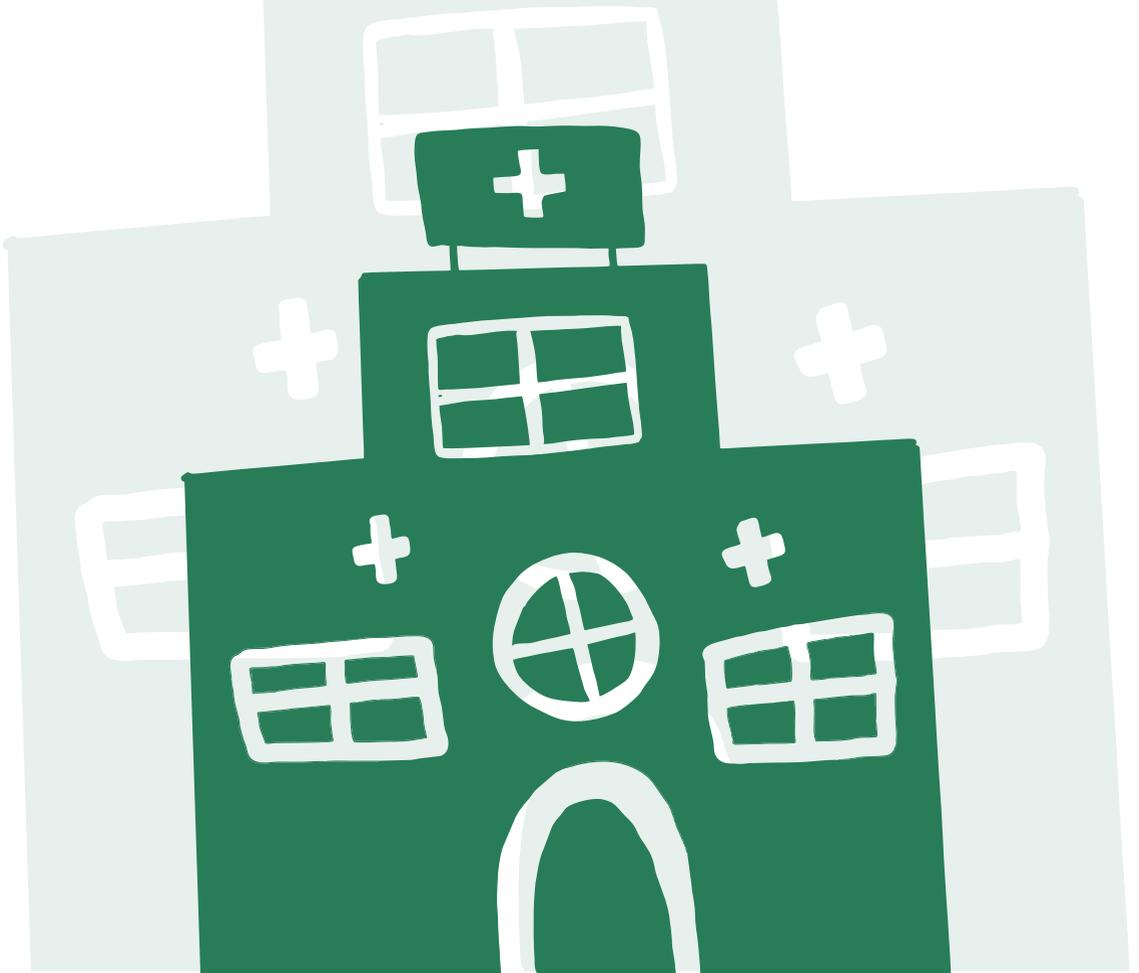


Figura 1. Estados de la República Mexicana que han despenalizado el aborto Actualizado a septiembre del 2023

CAPÍTULO II.

Dispositivo

de evaluación-intervención de la despenalización del aborto en el Estado de Hidalgo



El proyecto "Decidir para vivir: Evaluación y consolidación del servicio de Aborto Seguro en Hidalgo" implementado por SEINAC durante el 2022, en colaboración con Católicas por el Derecho a Decidir, tuvo el objetivo general de contribuir a que mujeres y personas con capacidad de gestar contaran con información sobre aborto y acceder a un procedimiento en condiciones de calidad y laicidad en los servicios de salud del Estado de Hidalgo.

A su vez, los objetivos específicos que guiaron el proyecto, fueron:

1. Que las mujeres y personas con capacidad de gestar conozcan los mecanismos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

2. Que el Estado garantice el acceso a un aborto a través de la generación de herramientas como protocolos institucionales y en condiciones de calidad y laicidad.

3. Difusión de información sobre la despenalización del aborto con enfoque intercultural.

4. Documentación de los avances del acceso de mujeres y/o personas con capacidad de gestar a un aborto seguro y gratuito en el estado de Hidalgo.

Un dispositivo mixto para hablar del acceso al aborto seguro

Mientras llevábamos a cabo las actividades del

proyecto, creamos un plan para recopilar información en el campo, es decir, creamos un dispositivo, que lo entendemos como un armado de formas de mirar, con herramientas e instrumentos, así como actividades con las personas beneficiarias, tal como se muestra en la figura 1.

De la información recuperada, hicimos este documento, que se enfoca en el cuarto objetivo específico. Para hacer esto, utilizamos el enfoque de los derechos humanos, el intercultural y la perspectiva de género, mirando todo desde un enfoque llamado "pensamiento complejo" (Morin, 2022). Esto significa que vemos la realidad desde diversas miradas, con diferentes factores, contextos y formas de ver las conexiones entre ellas.

En este caso, el método que usamos para hacer este documento es una combinación de dos metodologías: cuantitativa y cualitativa. Esto significa que usamos formas diferentes de recopilar y analizar información. Siguiendo a Hernández, Fernández y Baptista (2016), la idea es mirar el fenómeno desde perspectivas diferentes para tener una imagen completa de la realidad que estamos investigando.

Al combinar estos métodos, aprovechamos las ventajas de ambos, como la capacidad de medir y generalizar con los métodos cuantitativos, y la profundidad y contexto que brindan los métodos cualitativos.



Figura 2. Dispositivo de ruta metodológica

En este estudio, utilizamos un enfoque mixto, donde recopilamos datos de manera no aleatoria, realizando solicitudes de información de variables a las instituciones de salud del estado de Hidalgo, a través del Portal Nacional de Transparencia (PNT); solicitando información con las personas con quienes desarrollamos las actividades, es decir usando el criterio de disponibilidad y cercanía con el proyecto.

En términos cuantitativos, buscamos entender cómo es la situación del acceso a un aborto seguro a través de cuestionarios para recopilar información de mujeres y personas con capaci-

dad de gestar, así como del personal de salud que participó en las capacitaciones.

Este método nos llevó a la revisión de textos e investigaciones sobre aborto, así como a la obtención de datos estadísticos a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, para realizar un análisis de contexto que muestra la realidad socio-política y legal relacionada con el aborto seguro en Hidalgo y México.

Los elementos del dispositivo en la intervención, estuvieron dirigidos a personas defensoras de DDSS y DDDR, mujeres y personas con capaci-

dad de gestar, así como con personal de salud: “La Escuelita Abortera”, “Abortando Estigmas” y “Encuentro de Mujeres por el acceso digno al derecho a decidir”, procesos que se detallarán a continuación, pero que, en cada uno, se utilizaron algunas herramientas e instrumentos para recopilar información (Ver Figura 3).

Actividad	Método	Técnica para la recolección del dato
Contextualización del aborto en el estado de Hidalgo	Cuantitativo	Identificación de variables y solicitud de información mediante el portal nacional de transparencia sobre ILE, IVE, Objeción de Conciencia.
Escuelita Abortera (curso virtual)	Cuantitativo Cualitativo	Cuestionario: “Evaluación de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) y la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el Estado de Hidalgo” para mujeres y personas con capacidad de gestar. Dos entrevistas semiestructuradas para la creación de relatos de vida
Abortando Estigmas: capacitaciones con personal de salud	Cuantitativo	Cuestionario: “Evaluación de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) y la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el Estado de Hidalgo” para personal de salud
Encuentro de Mujeres: Por el acceso digno al derecho a decidir	Cualitativo	Grupo focal “Entre la esperanza y la adversidad”

Figura 3 Vinculación entre actividades del proyecto, métodos y técnicas de recolección de datos.

Solicitud de información al Portal Nacional de Transparencia

De acuerdo con la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública (2015), todas las personas tienen el derecho de acceder a información gubernamental que no implique el uso de datos personales. Este acceso se facilita a través de la Plataforma Nacional de Transparencia (PNT), que sigue un proceso digital estandarizado.

Inicialmente, la persona solicitante debe registrarse en la plataforma proporcionando sus datos personales y de contacto. Una vez registrado, puede redactar la solicitud de información, especificando la entidad gubernamental a la que se dirige y los detalles de la información requerida. La solicitud se presenta electrónicamente, generando un número de folio para dar seguimiento.

La entidad pública tiene la responsabilidad legal de responder en un plazo de respuesta aplicable para proporcionar una respuesta. Si la entidad no responde de manera completa o dentro del plazo establecido, la persona solicitante puede presentar un recurso de revisión a través de la misma plataforma.

Este proceso garantiza la transparencia y la rendición de cuentas en el acceso a información gubernamental y protege el derecho fundamental de la ciudadanía a estar informada.

Antes de emprender el proyecto e informe, en Seiinac se definió claramente el objetivo y se

llevó a cabo una investigación preliminar para identificar posibles indicadores que contribuirían al análisis de la información.

La solicitud de información incluyó detalles específicos sobre el número de interrupciones legales y voluntarias del embarazo en Hidalgo durante los años 2021 y 2022, desglosando la información por hospitales y clínicas, semanas de gestación, métodos utilizados, identidad de género de las personas y municipios de procedencia. Este proceso permitió recopilar datos para el informe en cuestión.

La Escuelita Abortera

La Escuelita Abortera fue un espacio de formación virtual al que asistieron 31 mujeres y una persona no binaria cuyo objetivo fue conocer los mecanismos para el ejercicio de sus DDSS y DRRR y vincular a personas defensoras de derechos humanos, así como a mujeres y personas con capacidad de gestar. Se ampliaron conocimientos sobre género y sexualidad, marcos legales, acompañamiento psicosocial y rutas de atención al Aborto Seguro tras su despenalización.

Este espacio buscó que personas defensoras de DDSS y DRRR, mujeres y personas con capacidad de gestar tuvieran información necesaria para el acceso a un aborto seguro y gratuito en condiciones dignas en el estado de Hidalgo.

El curso se llevó a cabo en la plataforma Moodle y estuvo compuesto por 4 módulos, los cuales fueron:

Módulo 1: Marcos conceptuales sobre género y sexualidad

Módulo 2: Marcos jurídicos y rutas de atención

Módulo 3: Acompañamiento psicosocial

Módulo 4: Acompañamiento comunitario.

Al cierre de cada módulo, se realizó una plática virtual con personas invitadas expertas en el tema.

Abortando estigmas: capacitaciones con personal de salud

Las capacitaciones estuvieron dirigidas al personal de salud a cargo de la prestación del servicio de "Aborto Seguro" con el objetivo de que el Estado garantice el acceso a un aborto a través de la generación de herramientas como protocolos institucionales y en condiciones de calidad y laicidad. Se buscó sensibilizar al personal en salud sobre el trato digno a las usuarias, así como el uso de un lenguaje incluyente y no sexista.

A su vez, estas intervenciones se realizaron en una articulación con la SSH y Católicas por el Derecho a Decidir. Por lo cual, también se incluyeron los temas: Protocolo de atención del programa "Aborto Seguro"; Objeción de conciencia y Límites en la Salud Pública.

Se llevaron a cabo un total de siete sesiones de capacitación, cada una con una duración de cinco horas. En el año 2022 y el transcurso del 2023, se realizaron las capacitaciones en los

siguientes municipios con su respectivo número de asistentes: Huejutla (19), Tulancingo (30), Tula (39) e Ixmiquilpan (23), Pachuca (88) y Tlanchinol (25). En resumen, el programa de capacitación logró llegar y beneficiar a un total de 224 personas profesionales de la Secretaría de Salud.

Es importante destacar que, para los propósitos de este informe, únicamente se administraron cuestionarios al personal de salud que participó en las sesiones de capacitación llevadas a cabo en 2023 en Pachuca y Tlanchinol.

Instrumentos para el análisis cuantitativo

El cuestionario dirigido a mujeres y personas con capacidad de gestar tuvo 37 ítems, se aplicó mediante el uso de Formularios de Google y fue respondido por 87 personas. Se diseñó con la intención de recolectar la percepción en el acceso a los servicios de "Aborto Seguro" en Hidalgo y contempló las siguientes dimensiones: Datos de identificación; Experiencia con Secretaría de Salud de Hidalgo (SSH); Experiencia con SSH en el servicio de aborto y Experiencia en aborto autogestionado.

Por otro lado, el cuestionario dirigido a personal de salud tuvo 27 ítems, se aplicó mediante el uso de Formularios de Google y fue respondido por 29 personas. Se diseñó con la intención de recolectar la percepción del personal de salud en torno a los servicios de "Aborto Seguro". El cuestionario contempló las siguientes dimensiones: Datos de identificación; Aborto y capacitaciones y servicio de "Aborto Seguro".

Para el análisis de ambos cuestionarios se obtuvieron cruces y cálculos estadísticos como frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. La descripción se encuentra en la primera sección de resultados.

Herramientas para el análisis cualitativo

Desde la parte cualitativa, Taylor y Bogdan (1987) la definen como un enfoque que busca comprender y explorar fenómenos desde una perspectiva interpretativa y subjetiva. Posee un conjunto de técnicas y estrategias utilizadas para recolectar, analizar e interpretar los pensamientos y sentimientos de las personas que permiten captar la complejidad y la riqueza de los contextos y significados sociales.

Esta metodología se basa en la idea de que la realidad social está construida y experimentada de manera subjetiva por las personas, y busca los significados, las creencias, los valores y las experiencias de las personas involucradas en el fenómeno de estudio. Por lo cual, se usaron dos técnicas cualitativas para la recolección de datos en las actividades desarrolladas en el proyecto. Las cuales fueron: entrevistas semiestructuradas para la construcción de dos relatos de vida y un grupo focal titulado "Nuestras vivencias".

De las entrevistas semiestructuradas y la construcción de relatos de vida, Ellis (2004) señala que el uso de los relatos de vida como una técnica cualitativa es valioso para comprender la experiencia humana desde una perspectiva subjetiva.

Son narrativas en las que las personas comparten sus experiencias, significados y perspectivas sobre un tema o fenómeno en particular; también, permiten identificar cómo se entrelazan las influencias sociales y culturales para generar dichas perspectivas.

La técnica por excelencia para recolectar los datos de los relatos de vida, es la entrevista semiestructurada o semiestructurada a profundidad. La cual es un diálogo seguro y confidencial, donde las personas comparten sus experiencias, emociones y reflexiones de vida.

Las entrevistas suelen ser abiertas y flexibles, o bien usar una guía de entrevista que contemple categorías a explorar, por lo que, se diseñó una guía de entrevista semiestructurada que contempló el acceso a los servicios de salud, elementos psicológicos y apoyo social percibido (anexo 3).

En este sentido, se solicitó la participación voluntaria de dos mujeres quienes previamente habían solicitado el acompañamiento de SEIINAC como OSC defensora de DDSS y DDDR, ya que habían tenido dificultades para acceder a un proceso de ILE en el programa de "Aborto Seguro".

Las entrevistas se realizaron durante el mes de abril del 2023, mediante el uso de la plataforma de videoconferencias Zoom. Así mismo, se solicitó a cada participante un seudónimo con la finalidad de resguardar sus identidades.

Otra de las técnicas que se usó fue la de grupos focales, que de acuerdo a Martínez (2012) es un método de investigación colectivo que se centra en la recolección de la pluralidad y variedad de actitudes, experiencias y creencias de las personas participantes.

Es decir, que los grupos focales ofrecen un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de las personas, provocando auto-explicaciones. Regularmente reúne a un pequeño número similar de participantes que comparten características demográficas o experiencias relevantes para el estudio. Por lo que, se consideró esta técnica como ideal para recolectar información sobre las experiencias de mujeres y personas con capacidad de gestar.

En este sentido, se creó un grupo focal en el Encuentro de Mujeres: Por el acceso digno al derecho a decidir, donde participaron 25 personas. El grupo focal se llevó a cabo el día 26 de marzo del 2023 en el hotel "Casa del Aire", en Pachuca. En el grupo focal se abordó la difusión de información sobre el programa de "Aborto seguro", así como la atención ante un proceso de ILE.

Encuentro de mujeres: Por el acceso digno al derecho a decidir

La actividad llevó por título "Encuentro de mujeres: Por el acceso digno al derecho a decidir" y fue un espacio diseñado para conocer las experiencias y apreciaciones de mujeres y

personas con capacidad de gestar que han abortado. Esta actividad tuvo como objetivo conocer las experiencias y apreciaciones de mujeres y personas con capacidad de gestar que han abortado y de acompañantas de aborto, sobre los servicios de salud en el estado de Hidalgo que están dedicados a garantizar el Servicio de Aborto Seguro.

Se llevó a cabo en la ciudad de Pachuca los días 25 y 26 de marzo del 2023. Al espacio asistieron 23 mujeres cisgénero y dos personas no binarias con capacidad de gestar. En el encuentro se desarrollaron 4 talleres vivenciales para el autocuidado, diálogo, problematización y construcción de historias sobre el acceso a un Aborto Seguro, de igual forma, se realizó un grupo focal llamado "Nuestras vivencias".

Finalmente, es importante referir que tanto la implementación del proyecto, como la escritura de este documento estuvo guiada bajo el enfoque de DDHH, la perspectiva intercultural, desde una óptica normativa y ética.

En el contexto del aborto, esto implica que las mujeres y personas con capacidad de gestar tienen derecho a tomar decisiones informadas y autónomas sobre su propia salud reproductiva, incluida la decisión de interrumpir un embarazo. Por lo que la implementación del proyecto y la construcción de este documento prioriza la confidencialidad, el consentimiento informado y la no coerción de las personas involucradas.

CAPÍTULO III.

Abortando estigmas: la implementación de Aborto Seguro en el estado de Hidalgo a dos años de su despenalización



Hidalgo, su posición geográfica y población gestante

El estado de Hidalgo se ubica en la región centro del país entre los estados de San Luis Potosí, Veracruz, Puebla, Tlaxcala, Querétaro y el Estado de México. Está conformado por 10 regiones geoculturales, cada una con rasgos geográficos distintos y elementos culturales únicos que las hacen tan diversas. Entre los 84 municipios del estado, 29 de ellos albergan las principales comunidades en contexto indígena.

De las 3 millones 82 mil 841 personas habitantes de Hidalgo, el 51.9% son mujeres; al 2020 contaba con 361 mil 629 personas hablantes de lenguas indígenas donde predominan el Nahuatl, Otomí y Tepehua (INEGI, 2020). La edad fértil de las mujeres o personas con capacidad de gestar en edad fértil comienza a partir de los 12 años, para este estudio se tomarán en cuenta a partir de los 10 años; ya que ha existido un caso de una niña de 9 años que tuvo un embarazo y el máximo rango de edad es la edad de 49 años.

En la Figura 4. será posible apreciar que los rangos quinquenales de mujeres y personas con capacidad de gestar, de acuerdo a las proyecciones poblacionales del Consejo Nacional de Población, al 2023 se conserva una cantidad proporcional entre un rango de edad y otro; sin embargo, los rangos más altos se encuentran en las personas adolescentes con aproximadamente 275,264 adolescentas.

Lo que muestra que las estrategias, campañas, mecanismos o programas de atención relacionadas con el aborto, tendrían que focalizarse en población, joven y adolescente; por lo anterior es necesario contextualizar la situación del embarazo en adolescentes y su relación con el aborto.

Rango de edad en años	Número de mujeres
10 a 14	140,184
15 a 19	135,080
20 a 24	121,946
25 a 29	122,786
30 a 34	121,520
35 a 39	119,575
40 a 44	113,323
45 a 49	103,374

Figura 4.- Mujeres adolescentes y jóvenes de los 10 a los 49 años, por rango de edad.

El embarazo en adolescentes y aborto

Durante el 2020 se registraron 143 mil niñas y niños de entre 10 y 14 años, mientras que de los 15 a los 19 años se contaba con un registro de 137 mil adolescentes (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; INEGI, 2020a). En los últimos seis años, la cantidad de adolescentes de entre 15 y 19 años que han parido, ha disminuido significativamente, pasando de 67 nacimientos por cada mil adolescentes a sólo 46 nacimientos, según datos del Consejo Estatal de Población (COESPO).

Por otro lado, un informe ejecutivo del GEPEA (2021) indica que en el año 2020, los embarazos en adolescentes en el estado de Hidalgo han disminuido en comparación con años anteriores.

La Tasa Específica de Fecundidad en Adolescentes (TEFA) es ahora de 49.8 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años y 1.19 nacimientos por cada mil mujeres de 10 a 14 años.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022), en todo México, la tasa de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años fue de 42.9 nacimientos por cada 1000 adolescentes en el año 2020. En contraste, en el estado de Hidalgo, el COESPO (2019) informó que la tasa específica de fecundidad en adolescentes fue mayor, llegando a 55.68 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años y 1.3 nacimientos por cada mil mujeres de 10 a 14 años.

En lo que respecta al tema del aborto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) señala que en el año 2019, alrededor del 55% de los embarazos no deseados y no planificados en la adolescencia y juventud terminaron en aborto.

Algunos de los embarazos no deseados, ni planeados, se deben a la violencia sexual. En este sentido, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en el Hogar ENDIREH (2021) en México, señala que el 70.1% de las mujeres han experimentado, al menos, una situación de violencia a lo largo de la vida y el 49.7% de las mujeres ha sido víctima de violencia sexual. Del 2020 al 2022, la tendencia de presuntos delitos de violación ha incrementado en un 39.63% (Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, 2022).

De acuerdo con la Secretaría de Salud de Hidalgo, en 2021, fueron atendidas en hospitales

de Hidalgo 296 personas de 0 a 17 años por violencia sexual. El 87.5% (259) de estos casos correspondían a mujeres. En ese año, Hidalgo ocupó el lugar número 12 con más casos de niñas, niños y adolescentes atendidos en hospitales por violencia sexual a nivel nacional.

Así, el aborto y el mecanismo de la IVE de acuerdo con la NOM 046, es sólo una parte de la reparación integral del daño de las víctimas de violencia sexual. No obstante, aún existen barreras para que una vida libre de violencia sea garantizada a las niñas, adolescentes y mujeres.

Aborto Seguro en Hidalgo un avance en la garantía de los Derechos Reproductivos

Hidalgo hizo historia al convertirse en la tercera entidad del país en permitir el aborto por elección de la mujer y personas con capacidad de gestar en el primer trimestre de la gestación. Sin embargo, aún hay muchas áreas de oportunidad que mejorar en los servicios de aborto seguro, para que las niñas, adolescentes y mujeres que lo requieran, puedan acceder de forma digna y condiciones calidad y laicidad.

La reforma al Código Penal para el Estado de Hidalgo (2023) en su Artículo 154, define al aborto como "la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación" y en su Artículo 158 establece las siguientes 4 excluyentes de responsabilidad penal para el delito de aborto:

i. Cuando sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada.

II. Cuando el embarazo sea resultado de hechos posiblemente constitutivos del delito de violación, estupro o de la conducta típica prevista por el Artículo 182 del mismo Código, independientemente de que exista o no, causa penal sobre dichos delitos, previo al aborto.

III. Cuando el embarazo ponga en riesgo la salud o la vida de la mujer.

IV. Cuando a juicio de un médico especialista en la materia, exista razón suficiente para diagnosticar que el producto de un embarazo presenta graves alteraciones genéticas o congénitas, que puedan dar como resultado daños físicos o mentales al producto de la gestación, siempre y cuando se tenga el consentimiento de la mujer embarazada.

En este sentido y para territorializar la reforma al Código Penal y la Ley de Salud, la SSH diseñó el programa "Aborto Seguro" para el Estado de Hidalgo, el cual tiene la obligación de proporcionar atención al aborto en condiciones de seguridad, con personal de salud multidisciplinario, capacitado y sensibilizado para garantizar la más alta calidad y calidez en el servicio.

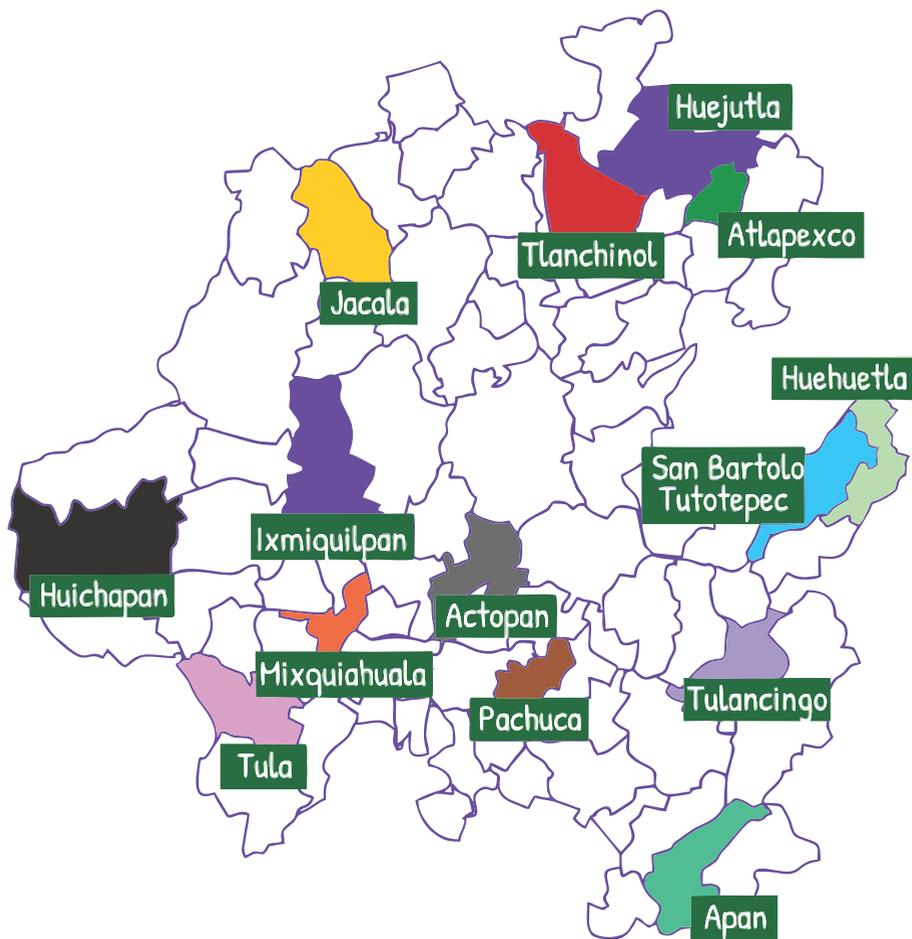
El objetivo de este programa es establecer criterios básicos de operación y organización en las unidades de salud médicas del sector público, social y privado autorizadas por las Comisión para la Protección contra Riesgos

Sanitarios de Hidalgo (COPRISEH) para la prestación de servicios médicos en la ILE e IVE; con el fin de garantizar una atención oportuna, integral, digna y de calidad a las personas que requieran el servicio con base en los tratados internacionales de DDHH y con perspectiva de género (SSH, 2021).

Hasta el momento el programa ha establecido 16 clínicas y hospitales (Figura 5), donde se atienden a niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de gestar que requieran atención al aborto en el primer trimestre y sin complicaciones, tanto espontáneos como inducidos, en embarazos viables o no, dentro del marco legal vigente.

Este es un gran avance a diferencia de otros estados como Oaxaca que con la cuarta parte más de habitantes y una extensión territorial mucho más amplia, apenas cuenta con 7 clínicas o unidades de salud para ofrecer los servicios de Aborto.

A dónde acudir si necesitas acceder a un aborto en Hidalgo



- | | | | |
|--|-----------------|-----------------------------------|-----------------|
| 📍 Clínica de Salud Sexual y reproductiva | ☎️ 771 153 2603 | 📍 General de Huichapan | ☎️ 761 782 0168 |
| 📍 Integral de Jacala | ☎️ 441 293 3376 | 📍 General de Tulancingo | ☎️ 775 755 8250 |
| 📍 Regional de la Huasteca | ☎️ 789 893 3000 | 📍 Integral de Cinta Larga | ☎️ 738 725 3660 |
| 📍 Integral de Tlanchinol | ☎️ 774 974 0242 | 📍 General de Tula | ☎️ 773 732 1444 |
| 📍 Integral de Atlapexco | ☎️ 789 894 4082 | 📍 Materno infantil | ☎️ 771 716 6190 |
| 📍 Regional del Valle del Mezquital | ☎️ 759 727 1239 | 📍 Básico Comunitario de Huehuetla | ☎️ 774 743 7177 |
| 📍 Regional Otomí Tepehuá | ☎️ 774 755 3264 | 📍 General de Actopan | ☎️ 772 727 2173 |
| 📍 General de Pachuca | ☎️ 771 713 4649 | 📍 General del Altiplano | ☎️ 748 912 7251 |

Figura 5. Clínicas y Hospitales del estado de Hidalgo donde se puede acceder a un aborto

El “Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México” indica realizar el aborto de forma ambulatoria, con tecnologías seguras y confiables que comprenden el uso de farmacología y procedimientos por Aspiración Manual Endouterina (AMEU).

Entendiendo que el aborto con medicamentos es cuando se usa la dosis recomendada con el régimen combinado (misoprostol y mifepristona) que tiene un porcentaje de eficacia del 95% al 98%. Mientras que, cuando se usa el misoprostol, tiene un porcentaje de eficacia del 85%.

Por otro lado, la AMEU, es el procedimiento de primera elección recomendado por la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) por ser una técnica moderna, versátil, segura y eficaz para extraer el contenido del útero con una eficacia del 98%. Es un procedimiento que no requiere hospitalización o el ingreso a quirófano y no necesita anestesia general (Gobierno de México, 2022).

Los procedimientos anteriores son con la finalidad de reducir significativamente la necesidad de hospitalización y el riesgo de complicaciones en comparación con el uso del Legrado Uterino Instrumental (LUI).

Así mismo, la atención a las usuarias debe incluir un proceso de consejería, manejo del dolor y anticoncepción postaborto, así como la referencia a otros servicios complementarios, de acuerdo con las necesidades y preferencias de las usuarias (Gobierno de México, 2022). Cabe aclarar que el “Lineamiento Técnico para

la Atención del Aborto Seguro en México” surgió en junio del 2021 y tuvo una actualización en noviembre del 2022.

A raíz de la despenalización en el estado de Hidalgo, la SSH en 2021 construyó el “Protocolo para la Atención de la IVE e ILE del estado de Hidalgo” y aunque es un documento que contiene los elementos suficientes, existe un área de oportunidad en su actualización y armonización con el lineamiento nacional más actual.

Además que algunas de las personas de salud y de administración demandan lenguajes más asequibles en este tipo de documentos, así como materiales gráficos y sintéticos visibles para todas las usuarias de los servicios de salud.

Interrupción Legal del Embarazo

De acuerdo con las respuestas emitidas por la SSH (2023) a solicitudes de información mediante la Plataforma Nacional de Transparencia (PNT), de julio a diciembre del 2021, Hidalgo reportó 195 procedimientos de ILE y durante 2022 se registraron 943 (Figura 6), solamente entre julio y diciembre de ese año (2022), se llevaron a cabo 456; y en lo que va de 2023 entre enero y julio suman 549 abortos. El mayor número de procedimientos de ILE por edad gestacional fueron entre las cinco y las nueve semanas, con 759 casos en 2022.

Hospital / Clínica	2021		2022		2023		Total
	ILE	IVE	ILE	IVE	ILE	IVE	
Clínica de Salud Sexual y Reproductiva	0	0	0	0	0	0	0
Hospital General Tula	8	2	25	0	32	5	72
Hospital Integral Tlanchinol	6	0	12	0	12	0	30
Hospital Integral Atlapexco	2	0	1	0	0	0	3
Hospital General Pachuca	36	3	176	4	73	1	293
Hospital Integral Jacala	0	0	0	0	0	0	0
Hospital General Actopan	1	0	33	1	30	2	67
Hospital Regional Otomí Tepehua	2	0	0	0	2	0	4
Hospital General Tulancingo	13	0	58	0	60	0	131
Hospital Integral Cinta Larga	8	0	25	0	11	0	44
Hospital General Huichapan	4	0	11	0	6	0	21
Hospital General Altiplano	0	0	97	0	10	0	107
Hospital Comunitario Huehuetla	0	0	3	0	6	1	10
Hospital Materno Infantil	108	7	362	3	223	6	704
Hospital General Huasteca	0	0	34	0	19	0	53
Hospital Regional Valle del Mezquital	12	0	106	0	65	0	183
Total	195	12	943	8	549	15	1722

Figura 6. Tabla de IVES e ILES por hospital durante 2021, 2022 y hasta junio del 2023

Las unidades hospitalarias más concurridas durante el 2022, fueron el Hospital Materno infantil (362), Hospital General Pachuca (176), Hospital Regional del Valle del Mezquital (106). Por otro lado, los hospitales con menos procedimientos realizados fueron el Hospital General Hospital Integral Tlanchinol (12), Hospital General Huichapan (11), Hospital Integral Huehuetla (3) y Hospital Integral de Atlapexco (1).

Es posible apreciar que los hospitales más concurridos se encuentran en Pachuca, la ciudad

más poblada; resalta aquí que la ciudad de Tulancingo y Tula que son núcleos poblacionales que ocupan un segundo lugar, la cantidad de abortos sea de la mitad, que los practicados en la capital; es importante realizar un análisis de las condiciones contextuales de estas regiones, para identificar si existen barreras culturales, sociales o institucionales que pudieran impedir que se acceda al programa de Aborto Seguro.

Cabe mencionar, que los hospitales que no han practicado procedimientos de aborto en el 2022

o no reportaron fueron el Hospital Integral de Jacala, Hospital Regional Otomí-Tepehua, Clínica de Salud Sexual y Reproductiva en Pachuca, como las clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); estos debido a que el Código Penal Federal no había sido modificado; y servicios de salud privados.

Sin embargo, la proporción de abortos realizados a mujeres de entre 15 a 35 años, durante el período comprendido entre 2021 y 2022 en Hidalgo, presenta diferencias a nivel municipal.

En Apan, acceden 8 mujeres por cada 1000, mientras que en Almoloya y Pachuca lo hacen 5 mujeres por cada 1000. Cabe destacar que estos municipios cuentan con una TEFA baja. Por otro lado, en Zacualtipán, Tlanchinol, Huehuetla, Tepehuacán y Huejutla, el acceso al aborto se encuentra por debajo de una mujer por cada 1000.

Estos municipios presentan una TEFA clasificada como alta y media, 3 de los se encuentran en contexto indígena, por lo que suponemos la presencia de usos y costumbres que podrían limitar la toma de decisiones de las mujeres o personas con capacidad de gestar.

Lo que reafirma la necesidad de la despenalización social del aborto desde un enfoque intercultural, con la finalidad de que las mujeres y personas con capacidad de gestar que se encuentran en este contexto, acudan a las clínicas y hospitales que prestan servicios sean

usados, en el ejercicio pleno de los derechos.

Durante 2021, los métodos más utilizados en el servicio de Aborto Seguro fueron (Figura 7): el régimen combinado (misoprostol con mifepristona) con 73.8%, régimen solo (misoprostol) con 18.5% y el AMEU con un 7.6%, porcentajes que se han modificado en el 2022 dado que el uso de régimen único ha aumentado en un 30%.

En contraste con el régimen combinado que ha disminuido en un 41% a pesar de ser el método farmacológico más efectivo en contraste con el régimen único. En este sentido se insta a las autoridades a promover el régimen combinado para asegurar que la toma de decisiones de una mujer o persona con capacidad de gestar de ejercer el derecho a abortar sea una realidad para todas.

Así, el aborto y el mecanismo de la IVE de acuerdo con la NOM 046, es sólo una parte de la reparación integral del daño de las víctimas de violencia sexual. No obstante, aún existen barreras para que una vida libre de violencia sea garantizada a las niñas, adolescentes y mujeres.

Interrupción Voluntaria del Embarazo

La NOM 046 (SSA, 2015), aborda la violencia familiar y sexual contra las mujeres, reconoce que los proveedores de servicios de salud del sector público, social y privado que forman parte del Sistema Nacional de Salud, deben ofrecer servicios de IVE de manera inmediata, sin requerir una denuncia ante la autoridad.

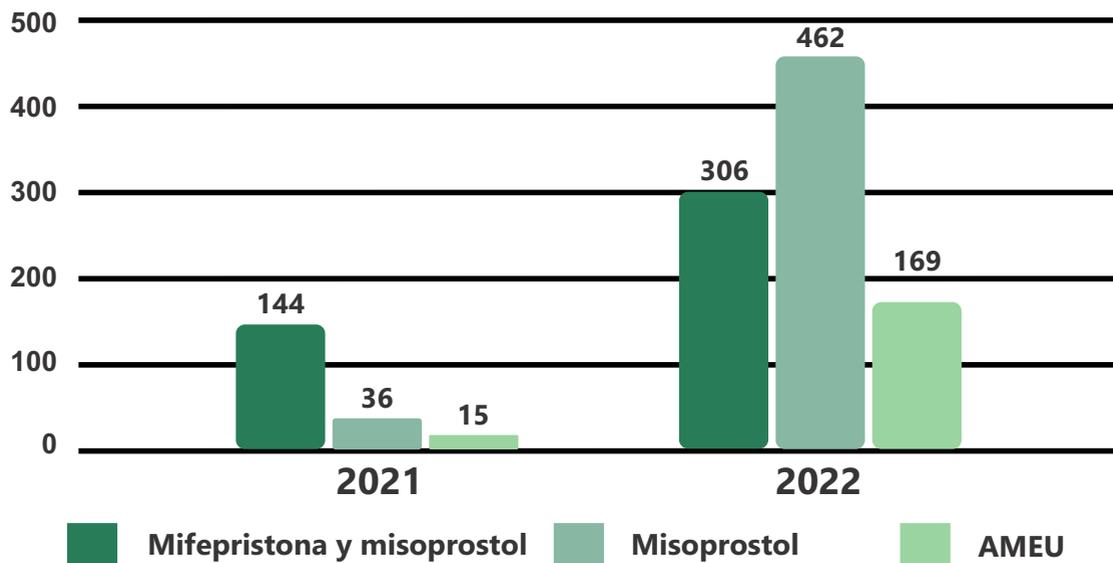


Figura 7.- Procedimientos frecuentes de ILE en Hidalgo durante 2021 y 2022

En el caso de niñas y personas gestantes menores de 12 años, esta solicitud puede ser realizada por su madre, padre, tutor o autoridad. El único requisito es presentar una solicitud por escrito bajo protesta, en la que se afirma que el embarazo es consecuencia de violencia sexual. El personal de salud no tiene la obligación de revisar la veracidad de la información proporcionada de acuerdo Ley General de Víctimas (2023).

Además, los servicios de salud están obligados a informar al Ministerio Público (MP) en aquellos casos en los que las lesiones u otros indicios estén presumiblemente relacionados con la violencia familiar y/o sexual y cuando la vida de la persona esté en peligro.

En este sentido, las respuestas a las solicitudes de información realizadas ante la Unidad de Transparencia del Poder Ejecutivo de Hidalgo, declaran que del 2019 al 2022 se realizaron 29 procedimientos de IVE. Asimismo, las edades de las personas que accedieron a una IVE rondan entre los 12 años y los 34 años, , donde se observa que un alto porcentaje (56%) en el rango de edad de los 12 a los 20 años (Figura 8). donde se observa que un alto porcentaje (56%) en el Del total, 15 se realizaron con menos de nueve

semanas de gestación, 10 de 9 a 12 semanas y 4 de más de 12 semanas. El número de usuarias y sus municipios de procedencia fueron, 22 de Pachuca, cuatro de Tula, una de Tulancingo, una de Apan y una de Actopan.

Sin embargo, de los 16 unidades de salud que brindan el servicio de Aborto Seguro, solo en 5 hospitales se puede acceder a una IVE con más de 12 semanas de gestación, los cuales 2 se encuentran en la capital del estado, y el resto se ubican al sureste y suroeste del estado.

En cambio, en la Huasteca Hidalguense que es la zona norte del estado, no se han designado hospitales donde puedan realizar abortos de más de 12 semanas de gestación, limitando así, el acceso a una IVE. Se requiere que se designe a un hospital en esta región para que, en caso de requerirse, la IVE se realice sin ninguna barrera.

Año	Edad	Total
2019	12 a 15 años	6
	30 a 40 años	1
2020	21 a 30 años	1
	31 a 40 años	1
2021	12 a 15 años	5
	16 a 20 años	2
	21 a 30 años	3
	31 a 40 años	2
2022	12 a 15 años	2
	16 a 20 años	2
	21 a 30 años	3
	31 a 40 años	1
2023	11 a 15 años	3
	16 a 20 años	6
	21 a 31 años	6
Total		

Figura 8. Rangos de edad y procedimientos de IVE elaborados del 2019 al 2022 en el estado de Hidalgo

La implementación del Programa de Aborto Seguro en Hidalgo ha sido un avance significativo para garantizar el acceso a servicios de interrupción voluntaria del embarazo en condiciones seguras y legales.

La despenalización del aborto en el estado ha permitido ampliar las opciones disponibles para las mujeres y personas con capacidad de gestar que enfrentan embarazos no deseados y/o no planeados. Muestra de ello ha sido el aumento en el número de procedimientos realizados desde la implementación del programa, lo que demuestra la demanda existente y la importancia de contar con servicios en condiciones de calidad y laicidad.

Sin embargo, aún persisten desafíos en términos de cobertura geográfica y de la transversalización del enfoque intercultural, especialmente en regiones como la Huasteca Hidalguense donde menos mujeres acceden al servicio de Aborto Seguro a pesar de tener tasas altas y medias de fecundidad en mujeres adolescentes.

Objeción de conciencia y sus límites en la Salud Pública de Hidalgo

La objeción de conciencia se define como el derecho que ostentan los profesionales de la salud para declinar la ejecución de procedimientos médicos que entren en conflicto con sus creencias personales o religiosas (Deza, 2017). Específicamente, en el contexto del aborto, este derecho les otorga la facultad de rechazar su participación en el procedimiento si este contraviene sus convicciones personales o religiosas (Ipas, 2020).

Sin embargo, como se destacó en un boletín informativo de febrero de 2022 emitido por Ipas CAM, se debe enfatizar que la objeción de conciencia no debe emplearse como un medio para limitar el acceso a la atención médica y, en particular, al aborto legal. La Corte Suprema ha reafirmado que la objeción de conciencia no debe actuar como un obstáculo para las personas que tienen el derecho de interrumpir un embarazo (Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS], 2020).

Este principio se fundamenta en que la objeción de conciencia no puede primar sobre los derechos fundamentales, como el derecho a la salud, el derecho a la vida y el derecho a la autonomía de las personas que buscan acceder a estos servicios.

El abuso excesivo de la objeción de conciencia equivaldría a una usurpación del monopolio de la atención médica y socavaría los derechos de las mujeres, las lesbianas, los hombres trans y

las personas no binarias.

En este contexto, el artículo 12 Quater de la Ley de Salud para el Estado de Hidalgo establece que el personal médico responsable de llevar a cabo la interrupción del embarazo y que mantengan creencias personales en conflicto con dicho procedimiento tienen el derecho de ejercer la objeción de conciencia. En virtud de este derecho, pueden abstenerse de participar en la interrupción del embarazo, sin embargo, tiene la obligación y exigencia de derivar a la persona paciente a otro personal médico que no sea objetor de conciencia.

Este artículo refleja la necesidad de colocar límites claros en cuestiones de Salud Pública para que los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar no sean violentados.

De acuerdo con la solicitud presentada ante la Unidad de Transparencia del Poder Ejecutivo del Estado de Hidalgo con los números de folio 130213100183323 y 130213100183223, se solicitó información sobre el número de personal de medicina que brinda servicios de aborto seguro en clínicas y hospitales en el estado de Hidalgo, así como el número de personas que objetan la conciencia con respecto al aborto durante el período comprendido entre 2022 y el primer semestre de 2023.

Además, se solicitó el registro de las interrupciones legales del embarazo (ILE) realizadas por hospital en el mismo periodo respectivamente.

En el Hospital General Apan, de las cuatro personas habilitadas para brindar el servicio, dos son objetoras de conciencia. En caso de que los turnos sean rotativos, esto podría generar limitaciones en el acceso al servicio.

En cuanto al Hospital Integral de Atlapexco, solo existe una persona capacitada para ofrecer el servicio, sin embargo, también manifiesta ser objetora de conciencia. Esto podría explicarse por el hecho de que durante el período de 2022 a 2023 (primer semestre), solo se ha llevado a cabo un procedimiento de interrupción legal del embarazo.

Es importante señalar que el Artículo 12 Quater de la Ley de Salud para el Estado de Hidalgo (Instituto de Estudios Legislativos, 2004) establece que las y los médicos encargados de realizar la interrupción legal del embarazo y que tengan creencias que se opongan a este procedimiento pueden objetar de conciencia.

No obstante, tienen la obligación de referir a las personas con personal de medicina que no sean objetores. Sin embargo, no se dispone de información sobre cómo se realizan estas referencias ni en qué condiciones se llevan a cabo.

Por lo tanto, es necesario aclarar el proceso de referencia y las implicaciones que esto tiene para la usuaria, ya que la ley no especifica los procedimientos ni las condiciones precisas al respecto, esto podría incorporarse en la actualización que se propone en párrafos anteriores.

Respecto a los Hospitales que presentan un mayor

porcentaje de personas objetoras de conciencia (Figura 9) está el Hospital Regional Otomí Tepehua (53%), Hospital Comunitario Huehuetla (69%) y Hospital Integral de Atlapexco (100%), Hospitales que solo han registrado solo, 2, 9 y 1 abortos de los 1 mil 722 que se realizaron en todo el estado desde la despenalización.

Caso contrario en Jacala que menciona que el total de personas (13) no son objetoras, pero no tienen registros de ILEs realizados. Es importante aclarar que son hospitales, que se encuentran en la zona de la Sierra Madre Oriental, que incluye la Sierra Otomí Tepehua, la Sierra Hidalguense y la Sierra Huasteca, zonas que por su misma geografía es difícil el acceso a las comunidades, además de presentarse en un contexto indígena o de pueblo originario, donde más del 70 % de la población, que pueden orillar a que las mujeres no accedan al aborto seguro, aunque se sabe que por tradición existen algunas recetas herbolarias para abortar.

Como se puede apreciar la objeción de conciencia es un derecho válido, pero debe ejercerse con responsabilidad y sin que se convierta en un obstáculo para el acceso de las mujeres y personas gestantes a un aborto. La Suprema Corte ha afirmado que la objeción de conciencia no puede prevalecer sobre los derechos fundamentales de las personas, como el derecho a la salud, el derecho a la vida y el derecho a la autonomía. El abuso excesivo de este derecho podría socavar los avances en materia de derechos reproductivos y sexuales en el estado de Hidalgo y limitar el ejercicio del derecho al aborto.

Hospitales y clínicas	Personal objetor	Personal no objetor	% de personal no objetor	ILEs realizadas en 2022 y 2023*
Clínica de salud sexual y reproductiva	0	8	0%	SD
Hospital General de Tula	1	10	9%	57
Hospital Integral de Tlanchinol	0	4	0%	24
Hospital Integral de Atlapexco	1	0	100%	1
Hospital General de Pachuca	0	32	0%	249
Hospital Integral de Jacala	0	13	0%	0
Hospital General de Actopan	0	10	0%	63
Hospital Regional Otomí Tepehua	8	7	53%	2
Hospital General Tulancingo	2	22	8%	118
Hospital Integral Cinta Larga	0	3	0%	36
Hospital General Huichapan	1	3	25%	17
Hospital General Apan	2	2	50%	107
Hospital Comunitario Huhuetla	9	4	69%	9
Hospital Materno Infantil	21	24	47%	585
Hospital General de la Huasteca	0	3	0%	53
Hospital del Valle del Mezquital	1	8	11%	171
Total	46	153	23%	1492

Figura 9. Tabla de personas objetoras de conciencia en cada hospital y clínica

Si bien aunque hay mecanismos en el estado para la garantía de este derecho, es necesario analizar con mayor profundidad las disparidades regionales en la objeción de conciencia por parte del personal médico y en el acceso al aborto seguro son un tema crítico, especialmente en zonas remotas y comunidades indígenas.

Aquí, el acceso a servicios de salud reproductiva puede ser aún más limitado debido a factores geográficos y culturales, lo que subraya la importancia de garantizar que todas las mujeres tengan igualdad de acceso a atención médica de calidad y segura.

La percepción de la IVE e ILE desde mujeres y personas con capacidad de gestar de Hidalgo

La información oficial o que se encuentra en los documentos legales, dista mucho de la forma en cómo atraviesa a las personas en la vida diaria, en algunos de los casos se concreta en prácticas institucionales exitosas y en huecos o áreas de oportunidad para otras.

Por la connotación del tema de aborto y el estigma que persiste en el imaginario social de la población, el desarrollo de las acciones institucionales en torno a este derecho necesitan conocerse, evaluarse y en su caso cambiar modos, mecanismos o los lineamientos que sean necesarios.

Como parte de la metodología del dispositivo de investigación intervención se aplicó un cuestionario para conocer las percepciones sobre los servicios de aborto seguro en el estado de Hidalgo, además de los diálogos en La Escuelita Abortera, el encuentro y los grupos focales.

Algo importante de mencionar, es que a pesar de que el cuestionario estuvo en circulación en redes sociales, llegando a 28 mil personas, sólo lo respondieron en su totalidad 87 personas.

Información general de las personas participantes

El estudio contó con una participación diversa en términos de ubicación geográfica siendo el municipio de Pachuca de Soto el de mayor

representación con el 52.8% (46 personas), pero también participaron personas de Mineral de la Reforma, Tulancingo de Bravo, el Actopan, Atotonilco de Tula, Mineral del Monte, Zacualtipán de Ángeles, Zempoala, Apan, Ixmiquilpan, Mixquiahuala de Juárez, Omitlán de Juárez, San Agustín Tlaxiaca, Singuilucan, Tasquillo, Tepeapulco, Tepeji del Río de Ocampo, Tizayuca, Tlaxcoapan y Tolcayuca.

En cuanto a la variable de género, es notable que el 96.6% (84 personas) se asumen como mujeres cisgénero, mientras que el 3.4% (3 personas) se identifican como personas no binarias con capacidad de gestar.

En relación a la edad, el rango predominante en la muestra fue de 19 a 24 años, representando el 36% (31 personas). Esto sugiere que las personas más implicadas en el tema del aborto se encuentran en una etapa joven-adulta, entre los 19 y los 29 años, lo cual puede estar relacionado con la cuestión reproductiva y la toma de decisiones sobre la interrupción del embarazo.

En cuanto al estado civil, el 67% (58 personas) se encuentra en soltería, lo que destaca que la necesidad de acceder a la interrupción legal del embarazo o interrupción voluntaria del embarazo no está necesariamente vinculada a una relación de pareja formal o al estado civil de las personas.

En términos de escolaridad, el 57.4% (50 personas) cuenta con una carrera universitaria, lo que indica un nivel educativo más alto en la muestra.

Esto resalta la importancia de la educación integral en las instituciones escolares como proveedoras de información sobre la salud sexual y reproductiva, así como la necesidad de asegurar que todas las personas tengan acceso a una educación de calidad en este sentido.

Con respecto a la maternidad / paternidad, el 67.8% (59 personas) indicaron no tener hijos e hijas. Esto sugiere que la decisión de buscar la interrupción legal del embarazo o interrupción voluntaria del embarazo no está exclusivamente relacionada con la experiencia previa de la maternidad/paternidad, sino que es una consideración que abarca a personas sin hijos e hijas también.

En cuanto a la derechohabencia, el 46% (40 personas) no cuenta con acceso a servicios de salud en instituciones públicas a través de un seguro médico. Esto señala la importancia de garantizar el acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva, así como el acceso a la interrupción legal del embarazo o interrupción voluntaria del embarazo, independientemente de la situación de derechohabencia.

En este sentido, se observa que el 29% (25) de la muestra tiene desconocimiento total o parcial sobre las leyes estatales con respecto al tema de aborto. Se creó que el conocimiento de las leyes brinda la posibilidad de tomar decisiones adecuadas sobre la propia salud sexual y reproductiva. Así como, la conciencia sobre un trato digno y de calidad en los servicios de salud públicos.

Sobre la ILE, IVE y el aborto autogestionado en el estado de Hidalgo

El 15% de las mujeres y personas no binarias refirieron identificarse como una persona que ha accedido a un aborto en alguna clínica u hospital de salud pública en el Estado de Hidalgo. El 28% asumió que ha accedido a un aborto autogestivo, es decir, que lo ha realizado con recursos propios el resto no ha accedido a un aborto.

Puntualizar el tipo de participante nos permite identificar algunos casos y sus percepciones sobre la atención a la salud sexual y reproductiva, así como las razones de no acceder a una ILE o IVE en instancias de salud pública. Así mismo, muestra que más mujeres y personas con capacidad de gestar prefieren elaborar un procedimiento de aborto autogestivo que asistir a una institución.

El total de mujeres y personas con capacidad de gestar que accedieron a una ILE, IVE o aborto autogestionado, refirieron haberse enterado de este derecho por medio de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) (22.99%), por internet y redes sociales (34.5%) por medio de amigas o amigos, el 8% y sólo por los servicios de salud el 8.05% (Figura 10).

Los datos anteriores ponen en relieve la participación de las OSC en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, así como la necesidad de que los servicios de salud fortalezcan la difusión de información para el acceso digno a una ILE o IVE.

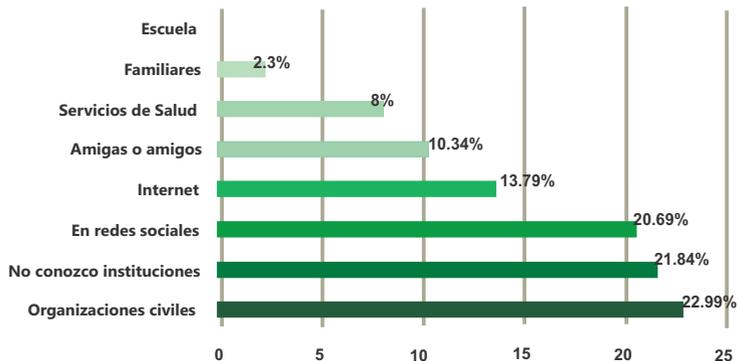


Figura 10. Fuentes de información por el cual mujeres y personas con capacidad de gestar se enteraron de los servicios de salud para una ILE o IVE

El programa de Aborto Seguro de la Secretaría de Salud Pública está presente en dieciséis instituciones, en las cuales mujeres y personas con capacidad de gestar, en este estudio accedieron a una ILE o IVE. El 38.5 % (5) asistieron a la Clínica de Salud Sexual y Reproductiva en Pachuca, el 23.1% (3) en el Hospital General de Pachuca, el 15.4% (2) en el Hospital Obstétrico o Materno Infantil en Pachuca, el 15.4% (2) en el Hospital General de Tulancingo y el 7.7% (1) en el Hospital General de Actopan.

Así mismo, el 69% (9) contaban con información sobre los métodos para un aborto y el 31% (4) refirió no contar con información.

Entendiendo que los procedimientos por ILE son por decisión propia de la mujer o persona con capacidad de gestar hasta las 12 semanas, y que la IVE es el derecho de las víctimas de violencia sexual y que no hay límite en la edad gestacional. De la muestra referida el 92.3% accedió a una ILE y el 7.7% a una IVE (figura 11).

Con respecto al método utilizado para la elaboración de los procedimientos de ILE e IVE, el 46% de la población refirió haber utilizado misoprostol, el 30.7% haber utilizado una combinación de mifepristona con misoprostol, el 15.3% con AMEU y el 7.6% mediante legrado.

Así mismo, de las participantes que refirieron el uso de farmacología el 53.85% refirieron haber usado analgésicos durante el procedimiento y el 46.2% no usaron ningún analgésico. Situación que resulta relevante, debido a que un procedimiento de aborto con fármacos conlleva sintomatología secundaria, la cual incluye dolor y náuseas, para acceder a un aborto.

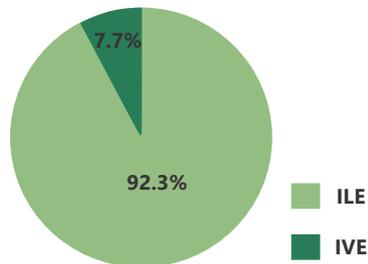


Figura 11. Tipo de intervención ILE o IVE

elaboración de los procedimientos de ILE e IVE, el 46% de la población refirió haber utilizado misoprostol, el 30.7% haber utilizado una combinación de mifepristona con misoprostol, el 15.3% con AMEU y el 7.6% mediante legrado.

Así mismo, de las participantes que refirieron el uso de farmacología el 53.85% refirieron haber usado analgésicos durante el procedimiento y el 46.2% no usaron ningún analgésico. Situación que resulta relevante, debido a que un procedimiento de aborto con fármacos conlleva sintomatología secundaria, la cual incluye dolor y náuseas.

Posterior a la ILE o IVE, el 69.2% de las mujeres o personas con capacidad de gestar no se sintieron coaccionadas para elegir algún método anticonceptivos y el 30.7%, refirieron que sí. Así mismo, el 69.2% refirieron haber elegido de forma autónoma un método anticonceptivos y el 30.7% señalaron que se les impuso un método anticonceptivos (Figura 12).

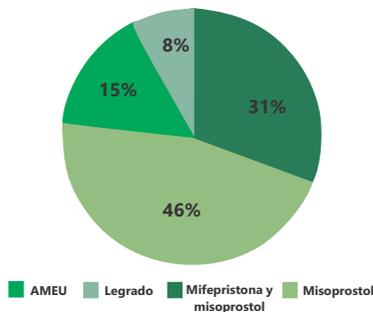


Figura 12. Procedimiento médico o quirúrgico al que accedieron mujeres y personas con capacidad de gestar

Hablar sobre métodos anticonceptivos es relevante ya que las mujeres en su totalidad

deberían tener la libertad de tomar decisiones informadas sobre su propia salud, elegir lo que es mejor para ellas sin ser presionadas por la atención médica.

Esto les brinda el control sobre su salud reproductiva y les permitirá tomar decisiones. Obligarles a decidir sobre un método específico, puede tener connotaciones de violencia.

Con respecto al tiempo para la atención que recibieron en hospitales (Figura 13), el 46% de las participantes refirieron que por cuestiones burocráticas o de dificultades en la atención pasaron un día o más en espera para acceder a un aborto. El resto sólo esperó entre una y cuatro horas.

Esto indica que el proceso de aborto es relativamente rápido al menos para 1 de cada 2 mujeres y personas con capacidad de gestar. Lo anterior resulta relevante pues cuanto mayor sea el tiempo de espera, más complicaciones y riesgos pueden surgir que puedan afectar gravemente la salud de una mujer o persona con capacidad de gestar.

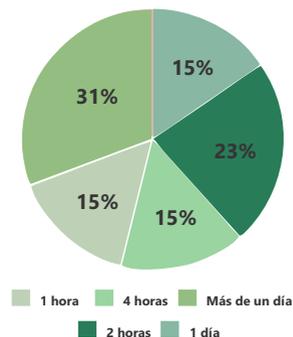


Figura 13. Tiempo de espera para recibir atención clínica ante una ILE o IVE.

Así mismo, (figura 14) el 53.8% afirmaron no haber tenido ninguna dificultad en el acceso a una ILE, el 30.77% refirió que en la institución de salud a la que se presentaron le intentaron convencer de no llevar a cabo la ILE, el 7.6% refirió que le solicitaron muchos requisitos y el 7.6% señaló que se le negó la atención.

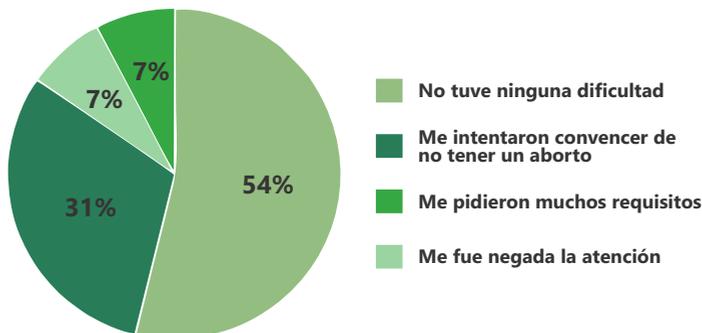


Figura 14. Dificultades en el acceso a una ILE

Lo anterior permite reflexionar que la negación de los servicios de salud ocurre por la creencia de que el aborto es moralmente incorrecto. En algunos casos parte desde el personal administrativo o de primer contacto, lo que provoca una violación a sus derechos. Esta falta de acceso a los derechos reproductivos puede limitar los derechos de las mujeres a decidir cuándo y cómo desean tener un hijo.

Por otro lado, con respecto a la satisfacción con la atención de las mujeres que accedieron a una ILE e IVE, el 45.3% refirieron estar conformes o muy conformes con el servicio, mientras que el 54.7 manifestaron inconformidad con las acciones de atención en las clínicas u hospitales.

Consecutivo a las respuestas generadas por

mujeres que accedieron a una ILE e IVE en los servicios de salud, también se obtuvo la opinión de 24 mujeres que se realizaron un aborto autogestivo.

1 de cada 2 mujeres o personas con capacidad de gestar manifiestan que no

acudieron a los hospitales de la Secretaría de Salud para no sentirse juzgadas por otras personas, 1 de cada 3 afirman que la causa principal es porque les negaron el servicio (figura 15).

Las razones anteriores evidencian el miedo hacia el sistema de creencias de la sociedad, pero también de algunas personas funcionarias de salud, en donde el aborto es moralmente incorrecto.

Estas creencias pueden fomentar la discriminación hacia las mujeres y, en algunos casos, limitar o negar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Todas las personas participantes elaboraron sus procesos de aborto mediante el uso de fármacos y se apoyan en su

red de apoyo; sin embargo un 42% refirió haberlo hecho sola y prácticamente sin acompañamiento; mientras que el resto tuvo apoyo de las redes que se tejen son con amistades y las mismas personas acompañantes de organizaciones de la sociedad civil y colectivas.

Lo anterior evidencia la importancia de brindar financiamiento o dotar de insumos a las OSC y colectivas que acompañan abortos autogestivos. Ya que algunas mujeres vulnerables socioeconómicamente, pudiesen no contar con los recursos para comprar sus insumos y no ser debidamente acompañadas.



Figura 15. Razones por las cuales se eligió un aborto autogestionado

Percepciones del personal de salud sobre el servicio de aborto seguro

A través de algunos de los talleres y sensibilizaciones realizadas con el personal de

salud, se aplicó también un cuestionario que abona a las percepciones del programa Aborto Seguro. En el estudio realizado, se analizó a un total de 29 profesionales de la salud que forman parte del programa Aborto Seguro de la Secretaría de Salud de Hidalgo. De este grupo, el 72% son mujeres y el 28% se identifican como hombres.

En cuanto a la edad, el 48% se encuentra en el rango de 40 a 49 años, el 31% tiene entre 50 y 59 años, el 14% está en el grupo de 30 a 39 años, y el 7% tiene 60 años o más. Estas edades sugieren una diversidad de experiencias, pero también que algunas de las personas profesionales son de generaciones que probablemente tengan convicciones éticas más conservadoras, lo que podría influir en sus creencias y opiniones sobre la sexualidad.

El personal que contestó el cuestionario pertenece a diecisiete jurisdicciones sanitarias, siendo Pachuca la que concentra el mayor número de personas encuestadas con un 44.8%, seguido de Huichapan con un 10.3%. El resto de las jurisdicciones tienen una representación más pequeña, oscilando entre el 3.4% y el 6.9%. En cuanto a la formación profesional, el 62% son médicos y médicas, mientras que el 38% son enfermeros y enfermeras.

En lo que respecta al conocimiento sobre el tema del aborto, el 100% de las personas profesionales de la salud es consciente de que el aborto es legal en el Estado de Hidalgo hasta las 12 semanas de gestación. Además, 9

de cada 10 personas encuestadas afirman conocer la diferencia entre la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) y la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), mientras que uno de cada diez no está familiarizado con esta distinción.

La presencia de profesionales de diferentes edades y formaciones indica la importancia de abordar de manera integral la capacitación y sensibilización en temas relacionados con el aborto y los derechos reproductivos.

Si bien es alentador que el 100% de los participantes esté al tanto de la legalidad del aborto en el Estado de Hidalgo hasta las 12 semanas de gestación, es fundamental seguir promoviendo la formación continua para que un mayor porcentaje de profesionales conozca sobre el derecho al aborto, la objeción de conciencia e incluso la relación con las creencias religiosas.

El 72.4% de las personas participantes perciben que el personal de sus unidades y hospitales requieren de mayor capacitación en el tema de aborto. Así mismo 8 de cada 10 afirman que recibieron capacitación sobre el Protocolo de Aborto Seguro y aseguran conocerlo.

El 90% de las personas recibieron capacitación sobre el trato humanitario y digno a las usuarias, se pudo reflexionar que, aunque la mayoría de personas han recibido un proceso formativo su percepción sobre el personal capacitado es negativa, lo cual puede evidenciar una falta de solidez en los contenidos, la necesidad de diversificar la forma de recibir las capacitaciones y sensibilizaciones o en su defecto, la existencia de

resistencias por aprenderlos.

El personal en salud refirió que (figura 16) el 28% no recibió capacitaciones sobre la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), el resto ha recibido entre una y hasta más de cinco capacitaciones. Lo anterior deja a la reflexión que aún falta personal por capacitar en AMEU, pero que también existe personal que se encuentra capacitado de manera sólida para la elaboración del procedimiento.

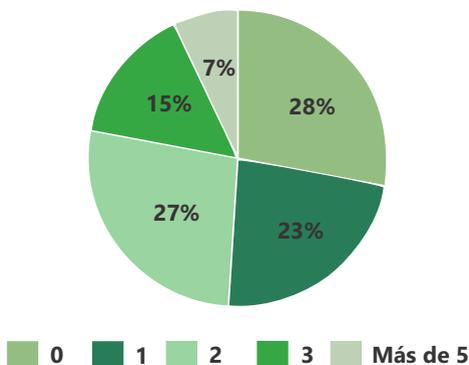


Figura 16. Número de capacitaciones recibidas sobre AMEU

El personal de salud refiere que las capacitaciones han sido brindadas por la Secretaría de Salud, Organizaciones de la Sociedad Civil y colectivas; 2 de cada 10 personas encuestadas ha recibido capacitaciones por sociedad civil. Lo anterior muestra que la Secretaría de Salud ha implementado esfuerzos para capacitar a su personal y se muestra articulación con organizaciones de la sociedad civil de esfuerzos para que el servicio ofertado sea de calidad.

Sobre los procedimientos de ILE e IVE en unidades y hospitales del estado de Hidalgo

De acuerdo con el personal de salud un 6 de cada 10 reconoce el misoprostol como el método farmacológico más recurrente para un aborto en sus unidades y hospitales, 1 de cada 3 refirió que la AMEU.

La percepción del personal docente sobre algunas dimensiones del programa Aborto Seguro en Hidalgo, si bien enmarca la fortaleza en la capacitación y la ampliación del servicio, enfrenta algunos desafíos importantes en términos del suministro de medicamentos como la mifepristona, situación que puede afectar la disponibilidad de procedimientos de aborto seguro y tener efectos negativos en el bienestar biopsicosocial de las mujeres. Es importante considerar el desabasto para garantizar que los hospitales que responden al programa Aborto Seguro tengan los recursos necesarios.

Relatos de mujeres que lucharon por un acceso a un aborto digno

Los datos cuantitativos presentados en apartados anteriores ya avistan sugerencias o recomendaciones, es necesario reflexionar también más allá de los datos, desde las experiencias y diálogos de las mujeres, sin duda habrá muchas experiencias exitosas en el servicio; desde nuestra postura mostramos los huecos o aquellas cosas presentan áreas de oportunidad; por lo que a continuación se presenta relatos de

dos mujeres que abortaron y que además buscaron hacerlo en las condiciones más dignas. Estos relatos no evidencian la generalidad pero sí son experiencias que tienen mucha potencia si se escuchan con detenimiento para la mejora del servicio de Aborto Seguro en el estado de Hidalgo.

Tiempos de dudas y decisiones: la experiencia de Carmen en su ILE

Carmen es una joven de 22 años originaria del municipio de Tlaxcoapan, Hidalgo. Está a punto de graduarse de la carrera de psicología y, por razones académicas, reside en otro municipio. Comparte vivienda con algunas amigas en un apartamento de alquiler y se considera parte de un estrato socioeconómico medio/bajo.

Su familia, que vive en su lugar de origen, está compuesta por su madre, padre y un hermano mayor. Estos familiares desempeñan un papel fundamental en su vida y son personas profundamente religiosas que le proporcionaron una educación estricta. Carmen tenía una pareja cuando se enteró de su embarazo, pero no la consideró como una fuente de apoyo en su decisión sobre el embarazo ni durante el proceso de aborto.

Actualmente, se encuentra soltera. Carmen descubrió su embarazo cuando tenía aproximadamente 6 semanas de gestación, el jueves 26 de febrero de 2022, una fecha que nunca olvidará debido al impacto emocional que le causó la noticia.

Actualmente, se encuentra soltera. Carmen descubrió su embarazo cuando tenía aproximadamente 6 semanas de gestación, el jueves 26 de febrero de 2022, una fecha que nunca olvidará debido al impacto emocional que le causó la noticia. Este acontecimiento la dejó en estado de shock, ya que durante los últimos 5 meses había utilizado inyecciones hormonales como método anticonceptivo para evitar un embarazo. Por lo tanto, no podía creer el resultado positivo de la prueba de embarazo.

Carmen describe su estado de shock como un dilema, ya que, por un lado, apoya el derecho de las mujeres a tomar decisiones libres sobre la maternidad, pero, por otro lado, se sintió afectada por la educación estricta en valores morales y religiosos que recibió de su familia.

La solución que Carmen encontró para decidir interrumpir su embarazo fue investigar las diferentes formas y procedimientos disponibles para una Interrupción Legal del Embarazo (ILE). También compartió su situación con su familia. Carmen menciona que la reacción de su madre la sorprendió, dado que es una persona muy religiosa. Sin embargo, al final, tanto su madre como su familia le brindaron apoyo financiero y emocional. Esto la hizo sentirse más tranquila y decidida a someterse a una Aspiración Manual Endouterina (AMEU) para interrumpir su embarazo.

Carmen se dirigió al hospital de su municipio de residencia, pero su experiencia no fue fácil. La enviaron a cinco áreas diferentes y nadie le proporcionó información sobre el procedimien-

to hasta que finalmente habló con la directora del hospital. Carmen sintió que la discriminaron durante su atención clínica debido a las miradas despectivas del personal. ***"Las enfermeras me miraron con desaprobación y juicio"***, comenta. La psicóloga tuvo que disculparse con ella, admitiendo que no todos en el hospital estaban capacitados para lidiar con casos de aborto, ya que eran poco comunes.

En la consulta médica, le dijeron a Carmen que su aborto se llevaría a cabo mediante el uso de misoprostol, sin darle la oportunidad de elegir. Le explicaron que tenía pocas semanas de gestación. Luego, la abrumaron al solicitarle seis estudios de laboratorio, que incluían una biometría, una química sanguínea de seis elementos, un examen de VIH/Sífilis y una prueba de tipo sanguíneo. Carmen encontró esto extraño, ya que no coincidía con la información que había investigado sobre los requisitos para un aborto seguro.

Después de estas malas experiencias, Carmen decidió no regresar al hospital de su municipio y optó por realizarse los estudios con una ginecóloga privada. Luego, buscó atención en otro hospital público en la ciudad de Pachuca, donde nuevamente le negaron la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) debido a que tenía 7 semanas de gestación. Finalmente, aceptó someterse al procedimiento con misoprostol. Sin embargo, el trato no mejoró en este hospital, ya que en la consulta médica utilizaron un expediente clínico que no era el suyo por error.

Además, la hicieron firmar consentimientos informados sin proporcionar información adecuada y no se discutió sobre métodos anticonceptivos. El personal de salud dudó de su capacidad para tomar decisiones sobre su propio cuerpo, lo que la hizo sentir presionada para utilizar un método anticonceptivo.

Carmen enfrentó una serie de obstáculos en su acceso a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) y notó que se utilizaban diversas formas de persuasión para disuadirla de su decisión. Las largas esperas para la atención médica y la presencia de elementos relacionados con la maternidad en las salas contribuyeron a su malestar.

Además, le hicieron escuchar los latidos del corazón del feto durante un ultrasonido, lo que la hizo sentirse aún más incómoda. Carmen cree que estas tácticas pueden poner a las mujeres en una posición de vulnerabilidad, ya que tomar la decisión de interrumpir un embarazo es difícil y puede hacer que se sientan solas e intimidadas.

En la consulta médica, le dieron una receta para comprar el medicamento y realizar el procedimiento en casa según las indicaciones médicas, pero la información proporcionada fue insuficiente. Carmen afirma que si no hubiera investigado por su cuenta, no habría tenido conocimiento sobre cómo realizar el aborto con misoprostol y habría quedado solo con lo que le dijo la ginecóloga. Cuando Carmen inició el proceso de aborto con misoprostol, experimentó fiebre y describió el proceso como "muy doloroso".

La expulsión del feto ocurrió después de la segunda dosis, cuando el dolor físico se intensificó y experimentó escalofríos. Durante la expulsión, hubo hemorragia, lo que la alarmó, pero el dolor disminuyó poco tiempo después. Carmen siguió el tratamiento con una tercera dosis para asegurarse de completarlo adecuadamente.

En resumen, Carmen considera que su experiencia de ILE fue llena de dudas, dolor y obstáculos. La vivió como una experiencia emocionalmente difícil y desagradable, lo que la llevó a buscar terapia para lidiar con los prejuicios personales y sociales. Agradece el apoyo de sus amigas y su familia, reconociendo que fue privilegiada al contar con su respaldo y los recursos necesarios para llevar a cabo el procedimiento.

El desafío de Sara: acceder al aborto en un laberinto de obstáculos y emociones

Sara es una mujer de 31 años de edad, originaria del municipio de Actopan, Hidalgo. Su familia está compuesta por su madre, su hija y ella misma. Su madre fue quien la apoyó en el proceso de aborto al cuidar de su hija.

Su pareja sentimental, aunque aceptó el embarazo, no mostró responsabilidad ni compromiso en la relación. Sara describe su relación como irregular y sus planes de vida divergieron, lo que llevó a la terminación de la relación después del procedimiento de ILE. En su vida profesional, Sara estudió psicología.

Sara tenía diez semanas de gestación cuando se realizó una prueba y se enteró de su embarazo. Tomó diez días para reflexionar debido a un dilema entre su situación actual y sus planes de vida, que no permitían un embarazo, y sus propios juicios, como sentimientos de culpa y preocupación por la temporalidad del embarazo. Finalmente, decidió interrumpirlo y buscó información sobre cómo acceder a una ILE, encontrando un hospital público cercano a su domicilio que ofrecía el servicio.

Desde el principio, Sara se encontró con obstáculos en el proceso. Al buscar atención en el hospital, le negaron el servicio argumentando la falta de medicamentos necesarios. A pesar de su insistencia, al regresar al día siguiente y esperar durante dos horas, nuevamente se le negó el acceso al aborto bajo la justificación de que necesitaba una serie de estudios de laboratorio, material quirúrgico y otros medicamentos adicionales. Para cumplir con estos requisitos, Sara tuvo que asumir el costo de los estudios solicitados, que ascendió a \$1,200.00 MXN, una carga financiera que recayó sobre ella.

La solicitud de al menos 4 estudios de laboratorio generó en Sara desconfianza hacia el hospital, lo que dificultó su disposición para regresar. Los obstáculos que experimentó para acceder a un aborto le provocaron sentimientos de desesperación, molestia y preocupación; sin embargo, la necesidad y urgencia de acceder a una ILE eran mayores en su caso.

Después de su mala experiencia anterior, Sara decidió acudir a un hospital en Pachuca con la

esperanza de recibir una atención respetuosa y digna. Sin embargo, continuó enfrentando obstáculos en su acceso al aborto. Durante la consulta, no recibió información completa y clara, y nuevamente intentaron negarle la ILE, alegando que tenía 11 semanas y un día de gestación y que ya no era posible acceder a una ILE. Sara insistió en que tenía derecho a realizar el aborto hasta la semana 12, como lo establecía la ley, ya que previamente había consultado la legislación al respecto. Por esta razón, le solicitaron someterse a un ultrasonido para confirmar la edad gestacional.

Durante el proceso de ultrasonido, Sara compartió: *"Cuando el médico me estaba haciendo el ultrasonido, me señaló y dijo: 'Mira, aquí está', mientras reproducía el sonido de los latidos del corazón. Sentí una profunda tristeza emocional, ya que tomar la decisión no fue nada fácil"*. Por el tiempo de embarazo, tuvo que realizar el procedimiento en el hospital, utilizando el método farmacológico, específicamente con misoprostol. Allí experimentó lo que consideró como la expulsión del producto.

Durante su hospitalización, Sara vivió una experiencia emocionalmente impactante. Durante ese tiempo, presenció algo que desconocía si formaba parte del protocolo médico: *"colocaron el feto en un frasco y lo pasaron en frente de mí y todavía al siguiente día lo vi"*. Recordó claramente que una de las enfermeras exclamó: *"¡Ay, este era un niño!"*.

Como consecuencia de todo esto, Sara experimentó repercusiones emocionales significativas. Además de lo mencionado, también se le

sometió a una evaluación postaborto realizada por un ginecólogo, quien sin proporcionar ninguna explicación llevó a cabo otro procedimiento, la AMEU. Sara escuchó comentarios cuando la estaban preparando para la AMEU *“¿por qué no le aplicaron de manera directa la AMEU?”*.

Después de esto, fue trasladada a una sala de recuperación donde permaneció desde las 2 p. m. hasta las 6 p. m. del día siguiente. Durante su estadía, Sara se sintió presionada por el personal de salud para aceptar un implante como método anticonceptivo.

Por un lado, hubo una falta de información sobre las diversas opciones anticonceptivas disponibles, y por otro lado, insistieron en que, *“de acuerdo con los protocolos, era obligatorio tener un método anticonceptivo para poder recibir el alta hospitalaria”*. Sara recuerda claramente una frase *“mejor de una vez, así no tendrás que volver por otro embarazo o aborto”*.

Sara se dio cuenta de que la valoración psicológica a la que fue sometida no cumplió con sus expectativas. Fue desestimada de manera automática debido a que no había sido víctima de violencia sexual o física. Reflexionando sobre su proceso, Sara describe la experiencia como molesta, caracterizada por la negligencia y el trato inadecuado que recibió, lo cual le ha dejado secuelas físicas y emocionales. Ella destacó que el aborto en México sigue siendo un tabú. *“Ninguna mujer tendría que ser valiente para poder acceder a un derecho humano”*.

Barreras y desafíos en la búsqueda de un aborto seguro en los relatos de Sara y Carmen

El acceso a servicios de salud, especialmente cuando se trata de la interrupción legal del embarazo, sigue siendo un tema polémico y desafiante en la sociedad actual. Las experiencias de Sara y Carmen arrojan luz sobre las barreras y dificultades que enfrentan muchas mujeres al buscar atención médica para un aborto seguro, no sólo en Hidalgo, sino en todo México. En este contexto, es fundamental analizar las situaciones a las que se enfrentaron y cómo estas experiencias se relacionan con las políticas y regulaciones de atención al aborto en México.

En este texto, se exploraremos las dificultades que Sara y Carmen enfrentaron al buscar atención médica para un aborto seguro, examinaremos cómo estas experiencias se relacionan con los lineamientos de atención al aborto en México y discutiremos el impacto emocional y la importancia del apoyo social en situaciones tan delicadas.

Obstaculización de los servicios de aborto

Como parte de los servicios de salud, tanto a Sara como a Carmen les negaron el acceso al aborto seguro en el hospital más cercano a su lugar de residencia. Además, se les pidió que acudieran a diferentes áreas, realizar una amplia gama de estudios y debían comprar diversos materiales que conllevaban costos adicionales.

Ambas tuvieron que desplazarse hasta Pachuca, la capital del estado de Hidalgo, para recibir atención. En el procedimiento de aborto, tanto Carmen como Sara informan que no pudieron elegir el método que se utilizaría. Según el Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México, "negar o retrasar los servicios de aborto seguro puede causar daños prevenibles e injustificados a mujeres y personas con capacidad de gestar, incluyendo niñas y adolescentes. Por lo tanto, es un imperativo ético y profesional garantizar su atención de manera oportuna, gratuita, segura y universal" (2022, p. 86).

Con base en lo anterior, el personal médico tiene la obligación a no obstaculizar de manera directa o indirecta el acceso al aborto. La atención al aborto seguro entra en los servicios prioritarios, por lo que se debe atenderlo de manera inmediata, en caso de no contar con las herramientas necesarias, se debe referir a otra unidad a través de un enlace directo (Lineamiento, 2022, p.18). Situación que cuestiona, si los hospitales destinados para acceder a un aborto seguro fuera de la ciudad de Pachuca, cuentan con los servicios descritos en el programa Aborto Seguro.

Por otra parte, Carmen y Sara coinciden en la existencia de malos tratos por parte del personal de salud, antes, durante y después de la interrupción del embarazo. Como consecuencia de la falta de un trato digno. Ambas usuarias se sintieron señaladas y juzgadas por parte del personal de salud. Principalmente Carmen, quién percibió las miradas estigmatizantes del

personal de enfermería y quién decidió no regresar al hospital de su municipio. Pues menciona que el personal en salud dudó de su capacidad para tomar decisiones y responsabilidad sobre su cuerpo.

En este sentido, durante los procedimientos de aborto es fundamental brindar atención con una perspectiva afirmativa de la experiencia, pues todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa (Lineamiento 2022, p.41).

El personal de salud juega un rol importante en el proceso de la interrupción, son las personas encargadas de dar la información completa incluyendo métodos anticonceptivos. Las actitudes, creencias y valores de quienes prestan servicios de salud pueden afectar la experiencia del aborto de forma negativa, por ejemplo, reproduciendo conductas como brindar información con sesgos, obstaculizar o negar atención a las usuarias que solicitan los servicios.

Toda persona usuaria del servicio de salud debe ser atendida con respeto, rápido y eficaz, sin embargo, en ambos casos no fue así y se puede observar que el personal de salud desconocía los lineamientos y protocolos vigentes.

Así mismo, a las dos mujeres les enseñaron los latidos del corazón del producto en el momento de realizar un ultrasonido anteriormente al procedimiento, aunque el Lineamiento refiere "evitar preguntar a la persona si desea ver las imágenes o escuchar los latidos cuando sea

necesario realizarle estudio de ultrasonido” (Lineamiento 2022, p. 40).

Ya que en algunas ocasiones la toma de decisión para acceder a una ILE es compleja y ambivalentemente emocionalmente; las actitudes anteriormente descritas por parte del personal en salud, pueden interpretarse como oportunidades para hacer que las mujeres se retracten de abortar.

Simultáneo al punto anterior, es imprescindible recuperar del relato de Sara, que le mostraron los residuos del feto en un frasco y escuchó la exclamación de las enfermeras diciendo que era niño. Por lo que, no es necesario resguardar el feto, solamente si procede se puede preservar una muestra del tejido ovular como prueba forense (Lineamiento, 2022, p. 56).

Para prevenir conductas estigmatizantes, el personal de salud debe tener en cuenta, que garantizar el derecho de las mujeres a la salud y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos es un imperativo ético.

Así mismo, el relato de Sara muestra como se le aplicaron dos procedimientos de aborto sin darle una explicación. En un primer momento se usó exclusivamente misoprostol para una interrupción de 11 semanas, como la expulsión no fue completa practicaron una AMEU.

Aunado a lo anterior, el Protocolo para la atención de la IVE e ILE del estado de Hidalgo (2021, p.28) menciona que el AMEU será opción para aquellas mujeres que solicitan una resolución inmediata, con más de 11 semanas y a

mujeres que residen en lugares alejados de una unidad de salud, entre otras.

Lo anterior nos permite reflexionar sobre la resistencia clínica a practicar los procedimientos de AMEU de primer momento. Por otro lado, el Lineamiento técnico establece que es importante brindar a la usuaria toda la información relacionada con las características de cada modalidad de tratamiento, así como con los efectos esperados y adversos asociados a cada una de ellas (Lineamiento 2022, p.67).

Consecutivamente, las dos participantes mencionan haber sentido presión por parte del personal de salud en la colocación de un método antifecundativo. El Lineamiento para la Atención de Aborto Seguro en México (2022, p.83) refiere que el personal médico “deberá brindar información completa y objetiva sobre los diversos métodos” para que las usuarias puedan “elegir el método acorde a sus necesidades, preferencias y riesgos individuales”. En el caso de Carmen observamos el uso de un método antifecundativo anterior a su embarazo, lo que evidencia la posible falla de un método y la necesidad de brindar información amplia sobre los mismos.

Asimismo, se plantea que se debe brindar información para fortalecer la autonomía en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva de manera libre, consciente e informada (Lineamiento 2022, p.50). En el caso de Carmen y Sara no se siguió lo anteriormente establecido. A Carmen le hicieron firmar consentimientos informados sin haber recibido

información de ningún tipo. De la misma manera, a Sara no le dieron información completa del procedimiento ni de la gama de los métodos anticonceptivos.

Carmen y Sara fueron usuarias que se enfrentaron al desabasto de medicamentos. Por un lado, a Carmen le dieron una receta y le dieron la indicación de comprar el medicamento en otro lugar para que ella misma realizará el procedimiento en casa. A Sara después de negarle la atención, argumentando que no tenían medicamento le solicitaron comprar por su cuenta misoprostol.

La provisión del cuidado del aborto sin riesgos requiere de instalaciones adecuadas y personas proveedoras capacitadas. Los servicios deben contar con el espacio adecuado, los insumos y el equipamiento requerido, y con profesionales que cuenten con las competencias técnicas e interpersonales necesarias (Lineamiento 2022, p.39).

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

El marco de derechos humanos vigente en

nuestro país protege la autonomía reproductiva y el derecho a decidir. La atención del aborto seguro es un asunto de derechos humanos, justicia social y salud pública (Lineamiento 2022, p.20).

Afecciones subjetivo-emocionales a partir de la atención en hospitales

Las dos usuarias mencionan que la carencia de insumos, los malos tratos, la obstaculización, los juicios y la intimidación durante la atención, impactaron de manera negativa en su bienestar físico, y sobre todo emocional.

Desde los elementos subjetivo-emocionales, Carmen refirió sentirse en shock ante el dilema de tomar una decisión, principalmente por la moral religiosa familiar, educación estricta y juicios internos.

Así, sus contextos y crianzas también influyeron en la articulación de sus emociones antes, durante y después del proceso. Pues, de acuerdo con Santarelli y Anzorena (2020) la decisión de abortar puede representar un shock y un dilema emocional para muchas mujeres debido a una serie de factores emocionales, sociales y éticos que entran en juego.

Ya que, se puede enfrentar un conflicto personal interno entre sus creencias, valores éticos, y la realidad de su situación. Las mujeres pueden sentirse atrapadas entre sus propios deseos, la presión social o familiar, y las expectativas culturales o religiosas.

Consecutivamente, Sara experimentó sentimientos de culpa y preocupación por el proceso de interrupción, principalmente ante la temporalidad del embarazo. Por lo que, a nivel emocional una mujer puede sentir culpa por el estigma social vinculado al tema del aborto y sentir presión ante las expectativas sociales y familiares de tener un hijo.

Igualmente, el hecho de tener un proceso de gestación de varias semanas pudiese influir en la posibilidad de experimentar angustias por no poder acceder a un aborto (Santarelli y Anzorena, 2020). Las situaciones de abuso, inclusive de información y conocimiento, colocan en vulnerabilidad emocional a cualquier mujer.

La toma de decisión para interrumpir un embarazo es difícil y puede provocar que las mujeres se sientan intimidadas. Además de señalar los obstáculos que pueden sumar, desesperación, molestia y angustias. Por lo que, algunas mujeres como Carmen toman la decisión de ir a terapia psicológica para poder lidiar con los prejuicios sociales y personales posterior a un proceso de aborto.

La necesidad de apoyo social a las personas que deciden abortar

Carmen refirió: *“No me imagino cómo sería vivir este proceso completamente sola”*. Para ella el acompañamiento por su red de apoyo era esencial para sobrellevar el proceso. Lo anterior evidencia que el contexto social puede tanto dificultar cómo

aliviar el proceso de un aborto.

En los relatos de Carmen y Sara se menciona a sus familias como principal fuente de apoyo. Aunque Sara estuvo sola durante el proceso, ella refirió que tuvo apoyo de su madre pues le cuidó a su hija, situación que para ella fue ganancia.

En el caso de Carmen, la religiosidad y educación estricta causó preocupación de primer momento, pero posterior al diálogo con su familia ella sintió alivio, además de que esta le brindara apoyo financiero y acompañamiento. Así mismo, sus redes de amistad la acompañaron en todo su proceso.

En este sentido, (Santarelli y Anzorena, 2020) refieren que la familia y las amigas pueden ser una importante red de apoyo social para las mujeres que buscan abortar, ya que principalmente buscan apoyo emocional y práctico de sus seres queridos. Aunque el apoyo familiar puede condicionarse al tipo de relación, creencias culturales y sociales sobre las mujeres y el aborto.

Por lo que, creemos sería imprescindible trabajar la des estigmatización del tema de aborto al interior de los núcleos familiares. Con la finalidad de potenciar la gestión de conductas, pensamientos y emociones a nivel familiar, pues ayuda a superar las dificultades a las que nos enfrenta la vida (Feder, 2010, p. 6).

En ambos casos, no se consideró a la pareja como fuente de apoyo en la decisión sobre el embarazo y tampoco durante el proceso de

aborto resulta más compleja por diversas razones.

En primer lugar, porque los hombres han sido invisibles en el caso de la reproductividad pues no tienen claridad en sus responsabilidades. En segundo lugar, muchos hombres no están dispuestos a compartir, por lo que, dejan solas a las mujeres ante una moral pública que las condena sin siquiera escucharlas.

Aunque las dos usuarias describen su proceso de aborto como una experiencia negativa, evidenciaron que de alguna manera recibieron apoyo de sus familias y amistades. Por lo que la situación fue más llevadera. Así, la existencia de relaciones interpersonales positivas permite alcanzar estados relativos de bienestar y superar acontecimientos difíciles durante las distintas etapas de la vida (Mendoza, 2012, p. 42).

Esperanza y adversidad, experiencias y percepciones sobre aborto en el encuentro de mujeres

Otras voces de mujeres y personas con capacidad de gestar se hacen presentes a continuación. A partir de los diálogos y grupo focal que se desarrolló en el Encuentro de Mujeres: Por el Acceso Digno al Derecho a Decidir. Este análisis profundiza en las vivencias y creencias compartidas por los participantes, cuyos primeros encuentros con el tema del aborto se remontan a edades tempranas. Desde entonces, el aborto ha sido asociado con ideas oscuras, prohibidas y peligrosas, arraigando en la memoria colectiva.

Este estigma se origina en experiencias de aborto precarias, sin supervisión médica y en contextos ilegales. A pesar de los avances en la atención del aborto seguro, prevalece un estigma hacia los métodos utilizados. Factores individuales, comunitarios e institucionales convergen en estas percepciones, generando un clima social de condena.

La toma de conciencia del embarazo trae dilemas y malestares, influenciados por diversos aspectos personales y sociales. El acompañamiento y la calidad de la atención son cruciales en la construcción de una experiencia positiva o negativa para quienes enfrentan la decisión del aborto. Este análisis explora cómo estas vivencias y creencias configuran actitudes y el estigma en torno al aborto, y cómo afectan el bienestar emocional y físico de las mujeres en esta situación.

El estigma social al aborto, una necesidad persistente

Las personas participantes en el estudio refirieron que a la edad de entre 6 a 10 años, tuvieron los primeros acercamientos con el tema de aborto, lo recuerdan *“como algo obscuro o prohibido o se percibía como algo peligroso”*. En general el tema se habla *“en voz baja”* y *“desde cierto estigma”*, porque se considera *“algo malo”*.

La información proporcionada en los primeros años de vida, suele no ser equilibrada, ni objetiva y mucho menos basada en hechos científicos.

La percepción del peligro tiene sus raíces en las prácticas de aborto en condiciones precarias, sin supervisión médica adecuada o en entornos ilegales. Asimismo, por mucho tiempo, se utilizó el método del legrado que resultó ser un procedimiento invasivo para el cuerpo de las mujeres y hasta peligroso (Alarcón, 2007).

De acuerdo con el Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro (2022, p.8) dicho método ya está catalogado como obsoleto en el servicio de Aborto Seguro. Por otra parte, existe cierto estigma hacia los métodos quirúrgicos y farmacéuticos, *“yo le dije que iba hacer el procedimiento de AMEU y me dijo, mejor que se tome algo, como si el tomar algo fuera menos malo”*.

De acuerdo con Szulik y Zamberlin (2020) a nivel individual, los dilemas y malestares no se limitan a la decisión de abortar, sino que también se presentan a lo largo de todo el proceso; a nivel comunitario predomina un clima negativo de condena y señalamiento. No obstante, es en el ámbito institucional donde el estigma se manifiesta con mayor fuerza, lo que lleva a evitar el tema y a juzgar a aquellas mujeres que eligen acceder a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE).

Los comentarios coinciden en presentar el momento en que toman conocimiento de su embarazo como un evento que irrumpe en la vida, quiebra su cotidianidad. Los motivos responden a las implicancias que un embarazo representa en el momento de vida, en su situación personal, de pareja, familiar,

socioeconómica, en su proyecto de vida y sus deseos (Johnson, 2018).

Si los motivos no son aceptables, el aborto se considera algo inexplicable: *“si ya terminó la carrera, su familia tiene dinero y la apoya, por qué quiere abortar”*.

En este discurso se puede observar que el libre ejercicio de la sexualidad de las mujeres, así como planes de vida autodeterminados que no incluyen los roles de género del cuidado, siguen no aceptados socialmente.

El acompañamiento a mujeres en situación de aborto, posibilita el fortalecimiento personal para la toma de decisiones y el ejercicio de un derecho de acuerdo con Ortiz (2010). *“Estuve acompañada, tuve mi apoyo y hombro para llorar”*.

Por otra parte, la atención adecuada y oportuna es esencial en el acceso al aborto seguro; la participante menciona: *“me gustó que utilizaron las palabras correctas, porque yo no tuve la educación sexual”*. Al contrario, una atención estigmatizante impacta gravemente de manera negativa al bienestar emocional y físico en las usuarias.

La difusión de información sobre el programa de Aborto seguro

Las barreras como la falta de conocimiento de la legislación, la escasa disponibilidad de servicios, la objeción de conciencia y las

opiniones negativas de los proveedores, junto con la difusión limitada de información, constituyen obstáculos significativos para el acceso a servicios legales de aborto seguro en México (Contreras, Dijk, Sánchez y Smith, 2011). Ante estas circunstancias, las personas que acuden al servicio han tenido la sensación de desorientación:

“En mi experiencia, por lo que yo viví, ni siquiera sabía a donde ir, estuve buscando en páginas de internet, en clínicas particulares y ninguna tenía información certera” y añaden: *“entonces desde ahí ya me sentía como encerrada, no sabía a donde ir o acudir, cuál era la información o el procedimiento que se tenía que llevar a cabo”*.

Además de lo mencionado anteriormente, es importante destacar que existen barreras significativas que limitan el acceso a la información sobre el derecho a decidir para mujeres y personas con capacidad de gestar.

Esta falta de conocimiento se ve agravada en las zonas periféricas, como la sierra de la Huasteca y Otomí Tepehua, o la zona del Valle del Mezquital, donde con frecuencia se escucha el comentario de *“no sabíamos nada de eso”* *“apoco ya se puede abortar en los hospitales”*.

Esto se debe a la centralización del acceso a los servicios de salud y a la nula difusión de información facilitada en lenguas originarias correspondientes, como el Náhuatl y el Otomí.

De acuerdo con Erviti (2005) la falta de accesibilidad geográfica, económica y

lingüística dificulta la recepción oportuna de apoyo para las mujeres que buscan acceder a servicios de salud; los problemas relacionados con la organización y estructura de los servicios de salud generan largos procesos de búsqueda en la obtención de atención médica.

En 2021, el Secretario de Salud anunció la apertura de la “Clínica de Educación Sexual y Reproductiva”, para después replicar el modelo en Huejutla, Tula y otras grandes ciudades, las cuales no representan un costo para la Secretaría de Salud (Ángeles, 2021).

En 2023 nos encontramos que siguen sin dar difusión al servicio Aborto Seguro, por ejemplo, en las ferias de salud no se proporciona información sobre el acceso al aborto seguro, y en internet no se difunden los lugares que ofrecen este servicio, así como otros aspectos relacionados con la atención:

“En una jornada de salud de Acaxochitlán, había muchos stands, había de cómo poner condones, pláticas sobre los derechos sexuales, pero no vi el tema del aborto o del ciclo menstrual de las mujeres, o sea porque las mujeres ya saben que pueden tener sexo, pero de su cuerpo no conocen nada y sobre todo porque son pequeñas”.

Por otro lado, es importante señalar que la desconfianza en el sistema de salud tiene un impacto significativo en la falta de difusión de los servicios. La percepción de problemas de calidad, las experiencias negativas previas y la falta de información clara sobre los servicios pueden generar desconfianza en la pobla-

ción y disminuir su disposición a buscar atención médica.

Este fenómeno es especialmente evidente entre la población adolescente en las comunidades rurales, quienes tienden a desconfiar de las instituciones de salud. *“Cómo voy a ir aquí al centro de salud si todo el barrio me conoce”,* porque la experiencia es que no se toma en cuenta la confidencialidad y privacidad como principio esencial en la atención.

Atención ante un proceso de ILE

La falta de información sobre las opciones para interrumpir el embarazo, los lugares donde recurrir para acceder a la práctica, aspectos emocionales y sociales, personal objetor de conciencia, falta de medicamentos y demoras prolongadas en la atención son algunas situaciones que las participantes mencionaron. Además, lamentablemente se observa que el trato que reciben estas mujeres suele ser poco empático y, en ocasiones, incluso hostil:

“luego los servicios son deficientes, creo que la clínica de salud sexual es la que digamos tiene el mejor trato pero siguen las deficiencias, luego no hay medicamentos o citas, ya que es el único que maneja citas y la cita te la quieren dar semanas después”, después agregaron “la verdad por parte de las doctoras fue una atención muy completa, todo el tiempo estuvieron al pendiente de mí, la trabajadora social si fue un tanto grosera, había comentarios, por ejemplo, me preguntó que había estudiado, yo soy psicóloga y me decía que porque si era psicóloga entonces porque iba a abortar”.

Por un lado, es notable que el acceso al servicio de aborto se concentra principalmente en

Pachuca, ya que en otros hospitales se les niega a las usuarias la atención o se les indica que deben dirigirse a Pachuca para recibirla.

Sin embargo, es importante destacar que incluso en Pachuca también se suelen negar a proporcionar este servicio. *“A mi amiga le negaron el servicio en Actopan porque no había medicamento, y la mandaron a Pachuca al Materno”.*

Pero también en Pachuca niegan los servicios: *“Yo quise hacerlo con el AMEU, pero a mí no me dejaron elegir”.* En las periferias como el Valle del Mezquital *“siguen diciendo que el AMEU es ilegal”.*

En general hay una gran falta de conocimiento de las leyes vigentes en torno al aborto y la falta de conocimiento implica malos tratos en la atención: *“Me lo negaron, en el Hospital General de Pachuca me lo negaron hasta que le hablamos a la médica encargada del espacio”.*

La información que se da a las usuarias se menciona *“algo deficiente”,* no hay explicación de la gama de métodos anticonceptivos y *“cuando tenía dolor no las querían atender y las dejaron así y se burlaban de ellas”.*

Una acompañante refiere que: *“para un embarazo de 12 semanas límite, digo a estas alturas ya se necesita mifepristona para un trato digno y que todo salga bien librado, y lo cierto es que no hay mifepristona en el estado de Hidalgo”.* También para el procedimiento con Misoprostol sólo, *“entienden la receta médica, pero la usuaria tiene que ir a comprarlo”* y *“aparte de esto tú tienes que comprar el medicamento para el dolor”.* *“Se ocupa el*

paracetamol que es un medicamento de bajo espectro” y a veces no es lo suficiente para los dolores que implica el proceso del aborto.

Por otro lado, es importante señalar que la atención a la IVE se encuentra limitada a solo 5 hospitales en el estado de Hidalgo, ubicados en la capital, Tula, Tulancingo e Ixmiquilpan. Lamentablemente, en la región de la Sierra Huasteca no se cuenta con una unidad médica que brinde este servicio.

Esto resulta en una revictimización estructural de las personas que quedan embarazadas como resultado de una violación sexual en esta región, debido a la falta de acceso oportuno a la atención médica necesaria.

La situación se agrava aún más debido a que el hospital más cercano que brinda el servicio se encuentra en Pachuca, lo que implica un traslado de al menos 6 horas por carretera: *“Acompañé a una adolescente de Ahucatitla, tardó 7 horas para llegar a Pachuca a realizarse una IVE”.*

El gobierno, la iglesia y la familia, contribuciones al estigma social del aborto

Las legislaciones que impiden la realización del aborto en cualquier momento del embarazo sólo consiguen aumentar las tasas de clandestinidad y abortos inseguros, dificultan el acceso a una atención médica que en la mayoría de los casos tiene carácter urgente y acaban infligiendo un daño directo a los grupos históricamente marginados (Revengea y Quiñones, 2021).

Después de la despenalización del aborto, una de las instituciones a cargo de esta importante labor es la Secretaría de Salud en Hidalgo (SSH), quién es una entidad cuyo objetivo principal es proteger, promover y mejorar la salud de la población en el estado.

Sin embargo, la SSH vive inmersa en algunos aspectos estructurales comunes que suelen ser mencionados y percibidos por la población Hidalguense: calidad en la atención, acceso y cobertura, desigualdades regionales; además mencionaron la corrupción y nepotismo como aspectos aún presentes..

La violencia institucional comienza en las unidades de salud, en donde el personal médico se sitúa en una posición de poder y privilegio: garantes de la salud por un lado y vigilancia penal o moral, por el otro (Beguiristain, 2021).

En consecuencia, las personas gestantes lejos de confiar, temen acudir por el miedo a sentirse juzgadas como lo refiere una participante:

“En las instituciones de salud te hacen sentir culpable por vivir tu sexualidad libremente, te tachan con la “P” de haber tenido muchas parejas sexuales, te hacen sentir que tú eres lo peor del mundo y no hay un trato digno a la salud física, pero también a la salud mental”.

De acuerdo con Barrantes y Cubero (2014) la maternidad ha sido una característica intrínseca a la feminidad, lo cual se ha visto reflejado a lo largo de toda la historia, constituyéndose esta en un distintivo al cual se apegan las mujeres, además de ser lo esperado socialmente.

“No había manera de elegir, porque ni siquiera podías

ponerte un método, tenías un embarazo y no te dejaban abortar, eran maternidades muy obligadas y en precariedad”.

A partir de estas experiencias por parte de las mujeres de unas generaciones anteriores se puede observar que el tabú en el tema del aborto tiene sus raíces profundas en el tema del ejercicio de la sexualidad y la toma de decisiones:

“Dicen que las mujeres tienen el derecho a decidir, pero de ciertas cosas, decidiste tener sexo y no cuidarte, entonces asume las consecuencias, tus decisiones solo se quedan en lo que ellos dicen”. Se señala a las mujeres tanto por tener hijas e hijos como por abortar, la decisión sobre sus cuerpos y su reproductividad todavía no pertenece a las mismas mujeres.

El estigma está muy presente en la opinión pública y que tiene el potencial de aislar, discriminar y poner en riesgo a las mujeres; el entorno social presiona a las mujeres para mantener en secreto sus intenciones o experiencias de interrumpir un embarazo, con el fin de evitar ser juzgadas, criticadas y discriminadas (Zamberlin, 2015).

Los señalamientos perpetúan que “la responsabilidad es completamente de la mujer, que por el contexto que la rodea, llegan a experimentar culpa y arrepentimiento”. Sin tomar en cuenta el contexto de las mujeres se responsabiliza a ellas: “Señora usted no se cuida, por eso sigue teniendo los abortos espontáneos”.

Los movimientos fundamentalistas consolidaron

la estrategia de utilizar argumentos teológicos acerca de la inmoralidad y el pecado dentro de las iglesias y, al mismo tiempo, retomar discursos científicos, jurídicos y filosóficos, que complementaban su visión teológica, fuera de los espacios religiosos (Arellano, De Reza, Morales y Colectiva Las del Pozo, 2022); en algunos casos, los fundamentalismos religiosos, se han reflejado en la educación básica de colegios públicos y privados. Un ejemplo de esto, es la utilización del video *“Mami mi piernita”* (Valentina, 2012) como parte de la educación sexual, donde se establece una comparación negativa entre el aborto y el asesinato.

En otros videos se dirigen a la emoción del arrepentimiento en lo que muestran las historias de tres mujeres en contextos diferentes que abortaron y al terminar sienten un conflicto interno muy grave. Por otra parte, una participante menciona que se practicaban debates en la escuela sobre el tema del aborto *“movilizando la parte emocional, los cumplimientos y lo socialmente aceptable”* sin argumentos fundados para los dos lados: *“ser del lado de los provida era el lado de los buenos”*. Todavía la mayoría de las niñas y niños entran al catecismo que demuestra otro lugar para fortalecer las creencias de moral y valores. Incluso, el tema religioso ha permeado *“en la ofrenda del Día de Muertos en mi pueblo han llegado a colocar una velita en memoria del aborto y le dieron un nombre”*.

A pesar que está probado que el temprano acceso a la información en sexualidad es la mejor estrategia, no solo de impedir las ITS, embarazos no planeados, abortos inseguros, violencia

sexual, entre otros, la educación en sexualidad en las escuelas ha sido hasta ahora un proceso inadecuado, fragmentado, mínimo y tardío (González, Medina y Luttges, 2015).

La falta de programas integrales que aborden aspectos como la afectividad, el género, la diversidad sexual y los derechos sexuales y reproductivos puede limitar la comprensión y promoción de una sexualidad saludable. Los tabúes limitan la misma educación e implementan que sea un tema penoso y de culpa, en dónde se divide a las y los estudiantes, abordando discursos distintos para cada género.

En general, la sexualidad sigue siendo un tema tabú en muchas familias mexicanas, especialmente en entornos más conservadores. Existe una tendencia a evitar el diálogo abierto sobre la sexualidad, lo que puede generar falta de información y comprensión adecuada.

En la sociedad mexicana la familia y la religión desempeñan un papel fundamental en la sociedad y la vida cotidiana de muchas personas. Tanto la familia como la religión son consideradas pilares importantes en la cultura y la identidad mexicana, lo que desempeña distintas miradas y expectativas hacia el desarrollo de la vida de una mujer: Persisten expectativas tradicionales de género en lo que respecta a la sexualidad. Se espera que las mujeres mantengan su virginidad hasta el matrimonio, mientras que los hombres pueden ser más libres en su exploración sexual como lo mencionan las participantes:

“A las mujeres les decían que, para que no te arrepientas por abortar y no te embaraces, pues mejor no abras las patas o si algún día tienes calor, abre las ventanas en vez de abrir las piernas.” agregaron “me causaba mucho conflicto, a mi hermana y a mí era como de que no tengas relaciones y a mi hermano era más de usa condón entonces la responsabilidad de los embarazos era de nosotras”.

Por otra parte, a nivel cultural “se considera el embarazo como una bendición”. Si bien esta representación de la maternidad está altamente influenciada por la religión católica, no es de extrañar que la mujer sea vista como recipiente de la voluntad divina (Lamas, 2009). “Creo que una bendición implica algo positivo que agrega valor a tu vida”: Es importante reconocer que cada persona tiene su propia percepción y experiencia del embarazo, y puede haber circunstancias en las que el embarazo no sea considerado como una bendición, como en casos de embarazos no deseados y no planeados.

Las redes de apoyo familiar y social constituyen una fuente de recursos materiales, afectivos, psicológicos y de servicios, que pueden ponerse en movimiento para hacer frente a diversas situaciones de riesgo (Madariaga, 2000).

Por otro lado, esta misma dinámica puede limitar las decisiones a nivel individual y causar presión o juicios. Es importante tener en cuenta que las dinámicas sociales y las actitudes hacia el aborto pueden variar ampliamente. Algunas familias pueden ser más abiertas y comprensivas, mientras que otras pueden tener posturas más conservadoras o restrictivas.

Finalmente, es importante destacar que los resultados de los grupos focales presentan ciertas limitaciones y conllevan implicaciones y sugerencias que deben ser consideradas. Estos grupos focales representan las voces de algunas mujeres que han experimentado o acompañado procesos de aborto en el estado de Hidalgo. Sin embargo, es crucial reconocer que hay muchas más mujeres cuyas voces no han sido escuchadas, posiblemente debido a los prejuicios persistentes o la revictimización que han enfrentado en sus propios procesos.

Es necesario tener en cuenta estas limitaciones al interpretar los resultados de los grupos focales. Además, es fundamental seguir trabajando para amplificar las voces de todas las mujeres y garantizar que se escuchen y se respeten sus experiencias y perspectivas en relación con el acceso a los servicios de aborto seguro. Esto implica abordar los estigmas y prejuicios asociados al aborto, así como promover un entorno seguro y libre de revictimización para aquellas mujeres que necesitan acceder a estos servicios.



CAPÍTULO IV.

Puntos de llegada, de partida y recomendaciones



En Hidalgo, después de la despenalización del aborto, ha habido una serie de esfuerzos que lo colocan como uno de los estados con mayores avances en la creación de mecanismos para la garantía del derecho al aborto de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Es importante resaltar, el número de hospitales así como el fortalecimiento de capacidades del personal involucrado en la implementación del programa Aborto Seguro, así como la comunicación multisectorial entre las instituciones públicas, para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, no obstante, es un proceso que viene a reforzar los trabajos que ya han estado realizando las instituciones, así como las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), colectivas, medios de comunicación e iniciativa privada.

Es importante reconocer y considerar las habilidades y disposición del personal de salud y de trabajo social, con el fin de fortalecer y fomentar las buenas prácticas. Asimismo, cabe señalar que existe un marco normativo y directrices que respaldan y mandatan su labor.

Por otro lado, es necesario enfocar las estrategias destinadas a abordar el servicio de aborto seguro desde una perspectiva que priorice los derechos humanos, teniendo en cuenta especialmente a niñas y adolescentes mujeres, un enfoque intercultural y la perspectiva interseccional.

Es evidente que el estado de Hidalgo se caracteriza por su diversidad geocultural, con 10

regiones únicas, algunas de las cuales presentan tasas de fecundidad en adolescentes más altas que otras. Esta variabilidad geográfica subraya la importancia de abordar las necesidades de cada región de manera específica, teniendo en cuenta sus características y contextos culturales.

La presencia de comunidades indígenas en 29 de los 84 municipios de Hidalgo destaca la necesidad de un enfoque intercultural en la atención de la ILE. Más de 361 mil personas hablan lenguas indígenas en el estado, lo que exige la adaptación de los servicios de salud para garantizar que sean culturalmente sensibles y accesibles para las personas.

A pesar de que se ha observado una disminución en la tasa de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años en los últimos años, la atención a esta población sigue siendo insuficiente. La Tasa Específica de Fecundidad en Adolescentes (TEFA) en Hidalgo, aunque ha disminuido, sigue siendo considerablemente alta, lo que subraya la necesidad de continuar trabajando en la prevención del embarazo en esta población.

La creación "Protocolo para la Atención de la IVE e ILE del estado de Hidalgo" de 2021, así como las guías construidas recientemente, son un paso primordial para la correcta dirección. Sin embargo, se necesita una revisión y armonización con los lineamientos nacionales más recientes para garantizar que los servicios se ajusten a las normativas vigentes. Además, se destaca la importancia de hacer que el Protocolo sea más accesible y asequible para todas las usuarias, lo que incluye la creación de materiales

visuales con un lenguaje comprensible, basada en los contextos y en lenguas originarias.

La distribución geográfica de los procedimientos de aborto en Hidalgo presenta diferencias significativas, con una concentración en la capital del estado. La falta de acceso en otras regiones, como la zona norte y áreas con contextos indígenas, plantea desafíos importantes en términos de equidad en el acceso a la ILE. Además, la presencia de un alto porcentaje de personas objetoras de conciencia en algunos hospitales también limita el acceso a los servicios de Aborto Seguro.

La difusión de información sobre el derecho al acceso a la ILE e IVE, es fundamental, y se observa que diversas fuentes, incluidas las OSC y las redes sociales, juegan un papel crucial en la concienciación de las personas sobre sus opciones. Sin embargo, ésta no es suficiente por lo que es necesaria la generación de campañas masivas sobre este derecho.

El papel del personal de salud es fundamental en la atención del aborto, y la percepción relacionada al requerimiento de capacitaciones en el tema, es generalizada. Algunos de los tópicos que enuncian en la capacitación son: atención especializada en población adolescente, cómo aplicar el enfoque de interculturalidad, atención psicológica de primer contacto especializada en el tema de aborto y postaborto, atención psicosocial a padres y familiares de las personas usuarias, consejería y métodos anticonceptivos, manejo farmacológico en aborto y AMEU, la atención de las usuarias que no culminaron la

expulsión del producto y complicaciones médicas, entre otras.

Es importante que los hospitales y clínicas cuenten con personas profesionales en la materia, que no sean objetoras de conciencia, con recursos materiales, incluidos los medicamentos para brindar el servicio de aborto seguro de manera oportuna y de calidad. Esto implica asegurar equipos médicos adecuados y la disponibilidad de los medicamentos recomendados. El acceso al misoprostol y mifepristona, también es un problema recurrente que debe abordarse para garantizar la eficacia durante la interrupción del embarazo y la reducción de impactos negativos en la vida de las mujeres y las personas con capacidad de gestar.

Además, se identifica que no todo el personal de salud posee un conocimiento amplio sobre la objeción de conciencia y sus límites en el ámbito de la salud pública. Por esta razón, se sugiere revisar y determinar qué profesionales están involucrados en la prestación de servicios de Aborto Seguro, teniendo en consideración a aquellas personas que objetan por motivos de conciencia y aperturar espacios de reflexión ética y teológica. Esto permitirá un incremento de personal médico no objetor y una distribución adecuada de los turnos y garantizará que cada unidad cuente al menos con una persona profesional no objetora en cada turno.

En el mismo sentido de la objeción de conciencia, se recomienda al Poder Legislativo que modifique la Ley de Salud del Estado de Hidalgo con la finalidad de que se limite la objeción de

conciencia ante ciertas circunstancias, para que la garantía del derecho a decidir interrumpir un embarazo sea una garantía.

Es imperativo también revisar de manera urgente los procesos de referencia y contrarreferencia para facilitar el acceso de las mujeres a los servicios necesarios, sobre todo en aquellos hospitales donde no se garantiza en derecho al aborto, bajo la premisa de que la derivación pone en riesgo la decisión y por lo tanto la violación del derecho a la salud.

La percepción de algunas mujeres y personas con capacidad de gestar de que el acceso a un aborto seguro es un privilegio, refleja las dificultades para llegar a este servicio. Esto no se limita solo a las cuestiones geográficas, sino también a la necesidad de contar con recursos económicos para comprar medicamentos o realizar exámenes, además de lidiar con largos tiempos de espera. Pero, sobre todo, evidencian que mientras no se garantice el acceso a un aborto seguro y gratuito, es importante contar con una red de apoyo durante el proceso para contrarrestar y superar los obstáculos que puedan surgir, afirmando que lo anterior, no es un privilegio, sino una deuda del Estado para la garantía del derecho a la salud para todas las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Para garantizar el bienestar de las personas usuarias y desestigmatizar el aborto, se requiere un cambio cultural que promueva la autonomía sobre el cuerpo y planes de vida. Esto incluye una educación sexual integral desde temprana edad y la difusión amplia de información precisa

y laica para combatir estigmas religiosos. Las mujeres deben tener acceso a información completa sobre los servicios de aborto seguro, incluyendo procedimientos y derechos, en formatos accesibles, incluso en lenguas indígenas.

Se recomienda crear un sistema o base de datos para el acceso a la información sobre los servicios de salud y el servicio de aborto seguro en el Estado. Debido a que no se cuenta con datos completos y homologados sobre cómo se ha llevado a cabo la implementación del servicio en instituciones públicas y privadas.

Se deben establecer estrategias para garantizar que las mujeres tengan acceso a servicios de aborto seguro, especialmente aquellas que viven en las periferias o áreas rurales. Esto puede incluir la apertura de servicios en diferentes ubicaciones geográficas y el fortalecimiento de la atención en hospitales regionales.

Se recomienda urgentemente capacitar y adecuar los hospitales de la región de la Huasteca para que puedan brindar IVEs con más de 12 semanas de gestación así como la apertura de Clínicas de Salud Sexual y Reproductiva, de acuerdo a lo señalado por Secretaría de Salud.

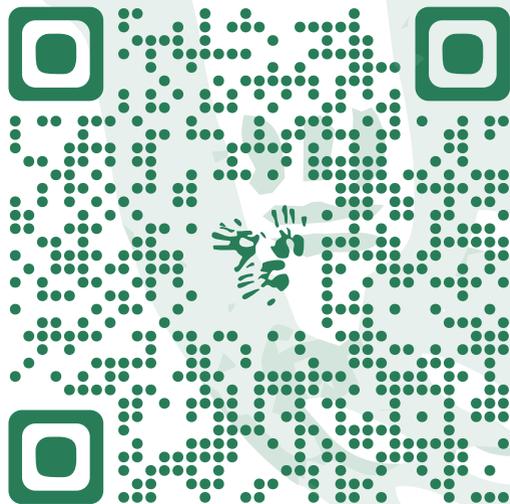
Es fundamental asegurar la confidencialidad y la privacidad de las personas usuarias que buscan el servicio de aborto seguro. Se deben establecer protocolos y medidas para proteger estos aspectos, incluyendo la garantía de espacios adecuados y seguros para la atención.

Las personas que acceden al servicio de aborto seguro pueden requerir acompañamiento y apoyo emocional durante el proceso y posterior a este. Así como establecer mecanismos que brinden este apoyo de manera integral, incluyendo la participación de personas consejeras y la conexión con organizaciones que ofrezcan apoyo.

Se recomienda la implementación de un plan de trabajo para la incorporación de la educación integral de la sexualidad. Este plan debe ser coordinado por la Secretaría de Educación Pública de Hidalgo en colaboración con otras instituciones tanto públicas como privadas. La importancia de este enfoque radica en su capacidad para promover la salud, prevenir riesgos, reducir la discriminación, fomentar relaciones saludables y el agenciamiento de las personas. Constituye una herramienta esencial para promover el bienestar sexual en una sociedad diversa y en constante cambio.

Este apartado lo hemos titulado los puntos de llegada y de partida, porque esperamos que sean retomadas por las autoridades, ahora que los servicios de salud estatales están en un proceso de transición a una centralización con lo que se denomina IMSS-Bienestar.

CONSULTA EL INFORME EN LÍNEA:



Referencias

Alarcón M. (2007). El legrado uterino, indicaciones, beneficios y riesgos. *Revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander*, 20, 151- 156. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/download/1837/2215/4966>

Ángeles, V. (2021, 27 de diciembre). Abrirán clínica para la educación sexual. *Sol de Hidalgo*. <https://www.elsoldehidalgo.com.mx/local/abriran-clinica-para-la-educacion-sexual-7655606.html>

Arellano, N., De Reza, Y., Morales, G. y Colectiva Las del Pozo (2022). Jóvenes cristianas por la justicia reproductiva: Defender el aborto frente a los fundamentalismos religiosos. *Iberoforum, Revista de Ciencias Sociales, Nueva Época*, 2(1), 1-24. <https://doi.org/10.48102/ifu2022.v2.n1.200>

Barrantes Valverde, K., & Cubero Cubero, M. F. (2014). La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Revista Electrónica de Estudiantes Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica*, 9(1), 29-42. ISSN: 1659-2107.

Beguiristain, C. D. (2021). Aborto: Políticas públicas en materia de derechos humanos sexuales y (no) reproductivos. *Revista de la Escuela del Cuerpo de Abogados del Estado*, 5(5), 53-75. ISSN 2718-7187.x

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2023). *Ley General de Víctimas*. Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios. Última Reforma DOF 25-04-2023. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.pdf>

CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales). (2020, noviembre 25). Sobre la objeción de conciencia en el proyecto de regulación del acceso al aborto. <https://www.cels.org.ar/web/2020/11/sobre-la-objecion-de-conciencia-en-el-proyecto-de-regulacion-del-acceso-al-aborto/>

Consejo Estatal de Población del Estado de Hidalgo (COESPO). (2019). Informe Ejecutivo del GEPEA 2019. CONAPO.

Contreras, X., van Dijk, M. G., Sánchez, T., & Smith, P. S. (2011). Experiences and opinions of health-care professionals regarding legal abortion in Mexico City: a qualitative study. *Studies in family planning*, 42(3), 183–190. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2011.00280.x>

Deza, S. (2017). Objeción de conciencia y aborto: creencias propias, violencias ajenas. *Revista de Bioética y Derecho*, (39), 23-52. *Universitat de Barcelona*. Barcelona, España. <https://www.redalyc.org/pdf/783/78349731003.pdf>

Ellis, C. (2004). La investigación autobiográfica y sus métodos. *Revista de investigación en psicología*, 7(1), 63-82. <https://editorial.uaa.mx/docs/autoetnografia2.pdf>

Gobierno de México. *Estigma y Discriminación*. México. 2020. <https://www.gob.mx/censida/es/articulos/estigma-y-discriminacion?idiom=es>

Gobierno de México. *Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México*. México. 2022. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-FINAL_Interactivo_22NOV_22-Lineamiento_te_cnico_aborto.pdf

González A, Electra, Molina G, Temístocles, & Luttgés D, Carolina. (2015). Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 80(1), 24-32. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000100004>

Guerra Rodríguez, Elsa. (2018)"Implicaciones de la criminalización del aborto en Ecuador". Revista de derecho 29 (1), pp. 117-134. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/6281>

Guevara, E. (2004) La corresponsabilidad ética de los varones frente al aborto. Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2016). Metodología de la investigación. 6ta Edición Sampieri. Soriano, RR (1991). Guía para realizar investigaciones sociales. Plaza y Valdés.

INEGI. (2021). Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Embarazo No Planificado en Adolescentes [PDF]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Embarazos21.pdf

Ipas CAM. (2020). Información para la acción: Objeción de conciencia en la provisión de servicios de aborto. Octubre, 2020. <https://ipasmexico.org/2022/02/08/la-objecion-de-conciencia-no-debe-ni-puede-limitar-el-derecho-a-la-salud-incluyendo-el-acceso-al-aborto-legal-ipas-cam-en-parlamento-abierto/>

Ipas CAM. (2022, febrero 8). La objeción de conciencia no debe ni puede limitar el derecho a la salud, incluyendo el acceso al aborto legal: Ipas CAM en Parlamento Abierto. Aborto Legal, Blog. <https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx-2020-ObjecionDeConciencia.pdf>

Instituto de Estudios Legislativos. (2004). Ley de Salud para el Estado de Hidalgo. Última reforma publicada en el alcance cuatro del Periódico Oficial: 18 de agosto de 2023. Ley publicada en el Periódico Oficial 35 Bis, el lunes 30 de agosto de 2004. Gobierno del Estado de Hidalgo, Poder Ejecutivo.

Johnson, M. C. (2018). "Ni la pareja, ni la familia, ni la Iglesia deciden por mí": la experiencia del aborto en mujeres Católicas. Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana, (28), 51-70.

La Barbera, María Caterina. 2017. Interseccionalidad. Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad. Pp 191-198. https://digital.csic.es/bitstream/10261/258310/1/La%20Barbera_Interseccionalidad.pdf

Lamas, M. (2009). Maternidad voluntaria y aborto. Géneros. Revista de Investigación y divulgación sobre los estudios de género, 2(6), 122-109.

Lamas, Marta. 1996. La perspectiva de género. Revista de Educación y Cultura de la sección 47 del SNTE, México, pp. 1-8. https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/mujeres/menu_superior/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/2_genero/20.pdf

Madariaga, C., & Sierra, O. (2000). Redes sociales y pobreza. Psicología desde el Caribe, (5), 127-156. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300506>

Mendoza, J. (2012). El apoyo social percibido de la red de amigos y el ajuste escolar de los adolescentes de bachillerato. Universidad Pedagógica Nacional. Unidad Ajusco

Morin, E. (2022). El Método 1: La naturaleza de la naturaleza. Ediciones Cátedra.

Naranjo Ortiz, N.M. (2022). aborto Análisis constitucional entre el derecho a la vida y la autodeterminación de la mujer. Alfa Publicaciones 4(1), pp.17-29. <https://alfapublicaciones.com/index.php/alfapublicaciones/article/view/137>

Organización Mundial de la Salud. (20 de junio 2021). Embarazo en la adolescencia. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=Datos%20y%20cifras&text=Seg%C3%BAAn%20los%20datos%20de%202019,ingreso%20mediano%20bajo%20\(1\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=Datos%20y%20cifras&text=Seg%C3%BAAn%20los%20datos%20de%202019,ingreso%20mediano%20bajo%20(1))

Ortiz, O. (2010). Acompañar para empoderar. Guía de apoyo para la formación de acompañantes a mujeres en situación de aborto. Fondo de Aborto para la Justicia Social MARIA

Revenga Sánchez, M., & Quiñones Andrade, R. G. (2021). La Suprema Corte de Justicia de México ante la despenalización del aborto: una valoración de urgencia. Cuadernos Constitucionales, 1, 167-178. DOI: <https://doi.org/10.7203/cc.2.22176>

Santarelli, N., & Anzorena, C. C. (2020). Experiencias emocionales y significaciones en torno al embarazo no deseado/aborto voluntario: Aportes a los alcances de la causal salud integral para la interrupción legal del embarazo en Argentina. Clivajes-Revista de Ciencias Sociales, (14).

Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2023). Datos de víctimas del fuero común, nueva metodología.

Secretaría de Salud. (2005). Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005: Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4843607&fecha=22/02/2006

Secretaría de Salud de Hidalgo. (2021). Protocolo para la Atención de la IVE e ILE del Estado de Hidalgo (Primera edición).

Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo. Lineamientos para la Atención del Aborto Seguro en el Estado de Hidalgo. México. 2021.

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2022). Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México (Edición 2022).

Suprema Corte de Justicia de la Nación (2021). Suprema Corte Declara Inconstitucional La Criminalización Total Del Aborto [Comunicado de prensa].

Szulik, D. y Zamberlin, N. (2020). La legalidad oculta: Percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo. Sexualidad, salud y sociedad, 34, 46-67. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.04.a>

Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación (Vol. 1). Barcelona: Paidós.

Unidad de Transparencia del Poder Ejecutivo del Estado de Hidalgo (2023). Solicitud de información sobre el número mujeres que han accedido a una ILE y a una IVE en el Estado de Hidalgo del 2021 y 2022. Folio: 130213100012823. Plataforma Nacional de Transparencia. <https://www.plataformadetransparencia.org.mx>

Valentina, F. [WilmerXR]. (2012, Mayo 30). Carta de un niño a su mama - Aborto - [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=xPbjwkKB-bU>

Zamberlin, N. (2015). Aborto y Estigma. En Ramos, S. (Ed.), Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (pp. 173-190): Population Council.



SEIINAC

f @seiinac
www.seiinac.org.mx