

NO NOS CAYÓ EL 20



Diagnóstico y recomendaciones del Observatorio
Género y COVID-19 en México.

Salud

*Nos Cayó el 20. Diagnóstico y recomendaciones del
Observatorio Género y COVID-19 en México.*

2021

Coordinación

Rebeca Lorea, GIRE

Jenny Murrieta, GIRE

Xóchitl Rodríguez, Balance

Libertad López

Texto e investigación

Balance

Ipas CAM

Disability Rights International

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) A.C.

Programa de Mujeres Indígenas del Instituto de Liderazgo

Simone de Beauvoir A.C.

Fundación Mexicana para la Planificación Familiar A.C.

Population Council

Equis, Justicia para las mujeres

Instituto para las Mujeres en la Migración

Visualización de datos

Katia Guzmán, México Cómo Vamos

Georgina Jiménez, Data Cívica

Diseño y cuidado editorial

Lorena Silva, Estudio Plumbago

Alfonso Alejandro, Estudio Plumbago

Ilustraciones

Eréndira Derbez, Estudio Plumbago

Salud	9
Aborto seguro	13
Muerte materna y violencia obstétrica	19
Acceso a anticonceptivos	23
Mujeres con VIH	27
Mujeres con discapacidad	32
Mujeres migrantes	36
Mujeres privadas de la libertad	42
Mujeres indígenas	46
Mujeres Afromexicanas	52
Referencias	57

NOS CAYÓ EL 20

Diagnóstico y recomendaciones del Observatorio
Género y COVID-19 en México.

Las organizaciones que conformamos el Observatorio Género y COVID-19 nos hemos unido durante el último año para recopilar información y compartir esfuerzos y recomendaciones para hacer frente a esta emergencia. Tras cumplir un año dentro de este contexto, escribimos este documento para hacer un recuento de qué ha sucedido con la vida y los derechos de las mujeres. Este documento, dividido en tres ejes prioritarios –Violencia y acceso a la justicia, Salud y Bienestar–, es un ejercicio colectivo para exponer los contextos adversos hacia las mujeres y proponer una serie de recomendaciones a distintos actores estatales para mejorar la atención inmediata e impulsar reformas estructurales a mediano y largo plazo.

Las organizaciones de la sociedad civil hemos sido impactadas en esta pandemia por las afectaciones propias que la situación global tiene en la vida de cualquier persona: incertidumbre; exposición al contagio de COVID-19 –con las afectaciones a la salud física y mental que ello conlleva–; pérdidas y duelos. Sin embargo, las organizaciones y colectivas feministas que trabajamos por los derechos humanos en México, desde una perspectiva de interseccionalidad, también nos hemos enfrentado a una serie de desigualdades exacerbadas por las acciones u omisiones de los gobiernos en turno, que afectan de forma desproporcionada a las mujeres en todas sus diversidades. Estas (no tan nuevas) formas de afectación que ha traído la pandemia,

imponen nuevos retos para realizar el trabajo diario de defensa y promoción de los derechos humanos.

Para finales de 2020, el porcentaje de llamadas de emergencia, relacionadas con incidentes por violencia de género, aumentó un 21.3% en comparación con el año anterior.¹ De igual manera, las noticias sobre feminicidios y asesinatos violentos a mujeres han formado parte de la cotidianidad, amparados por un sistema de justicia que carece de políticas efectivas de prevención y con un modelo de atención sobrepasado en sus capacidades, en el cual la revictimización e impunidad persisten. Un sistema que también justifica su inacción en nombre de la contingencia sanitaria, sin innovar en sus estrategias de atención.

En materia de salud, las noticias no son mejores. De acuerdo con proyecciones estimadas del Consejo Nacional de Población, durante 2020 habría 145 mil 719 embarazos –de los cuales 21 mil 575 serán embarazos de adolescentes– adicionales al promedio de los esperados en el país debido a la pandemia de coronavirus.² La población dejó de acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva por temor a contraer COVID-19. Las mujeres con discapacidad, las mujeres migrantes, las mujeres indígenas, las mujeres afroamericanas, las mujeres privadas de libertad y las mujeres con VIH también enfrentan obstáculos en el ejercicio de su derecho a la salud, debido en muchas ocasiones a sus identidades.

La crisis económica, a causa de la pandemia, también ha tenido efectos diferenciados que han profundizado desigualdades estructurales, particularmente aquellas en razón de género. En lo laboral, las mujeres ocupadas disminuyeron con una magnitud de casi el doble que los hombres. A falta de un sistema nacional e integral de cuidados, las mujeres —sin importar condición de ocupación— le dedican lo equivalente a una jornada de trabajo completa a tareas del hogar y de cuidados sin pago. Adicionalmente, se hizo visible la precariedad laboral que viven las trabajadoras del hogar en México. A esto se le sumó una gran cantidad de despidos en medio de la contingencia por COVID-19, lo que tuvo un impacto directo en sus ingresos. Se identificó también el Programa Apoyo Solidario, único destinado a las personas trabajadoras del hogar. Sin embargo, para tener acceso a dicho apoyo, se debe estar afiliado a la seguridad social y ante la baja afiliación que existe a nivel nacional, llega a pocas personas. Además, no existe un padrón público al respecto.

A nosotras ya nos cayó el 20 de que no podemos continuar aplazando los cambios que necesitamos para dejar atrás las desigualdades en nuestro país. Con este diagnóstico y recomendaciones, esperamos que les termine de caer el 20 a quienes antes, durante y después de la pandemia, tienen el poder de cambiar esta realidad.



Salud

Diagnóstico y recomendaciones del Observatorio
Género y COVID-19 en México.



Garantizar la salud de las personas en México ha sido un reto constante para el gobierno mexicano. No es de extrañar que en la pandemia por COVID-19 se agravaran los problemas que ya existían en un sistema de salud desgastado. Muchos centros de salud se han transformado para la atención centralizada en COVID-19 y, por miedo al contagio, miles de mujeres han dejado de acudir a estos y a clínicas especializadas. Ante estos vacíos, las organizaciones han adaptado sus protocolos de atención y esquemas de trabajo para seguir funcionando y responder a las necesidades de esta nueva normalidad, así como brindar información frente al acceso confuso hacia los servicios médicos.

El Eje de Salud analiza las principales consecuencias de la pandemia por COVID-19 respecto a los siguientes temas: aborto seguro, muerte materna y violencia obstétrica, acceso a anticonceptivos, mujeres con VIH, mujeres con discapacidad, mujeres migrantes, mujeres privadas de la libertad, mujeres indígenas y mujeres afroamericanas.

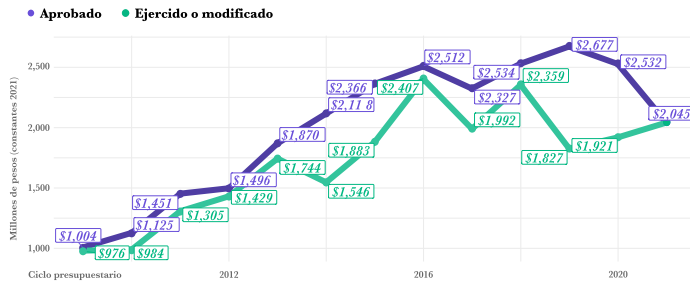
De igual manera, recopila las principales acciones llevadas a cabo por las organizaciones de la sociedad civil y enumera una serie de recomendaciones dirigidas a los tres niveles de gobierno con el fin de contrarrestar los efectos negativos de la pandemia.

Panorama presupuestal

A partir de 2016, “Salud materna, sexual y reproductiva” es el producto de la fusión de otros dos programas (“Atención de la salud reproductiva y la igualdad de género en salud” y “Reducción de la mortalidad materna”). Este programa integra todas las acciones relacionadas con la salud de las mujeres que lleva a cabo el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Sin embargo, debido a la estructura de este programa, no es posible analizar de forma diferenciada el dinero destinado a planificación familiar y anticoncepción, salud materna y perinatal, o a salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

Dinero público destinado a salud materna, sexual y reproductiva

Montos aprobados y ejercidos en cuentas públicas (2008-2019)
Montos aprobados y modificados en PEF2020-1trim y PEF2021



Fuente: Elaboración del Observatorio énero y Covid con información de @TPresupuestaria.

De acuerdo con el Presupuesto de Egresos de la Federación 2021,³ el sector salud recibirá 145 mil millones de pesos, de los cuales 2,044 millones serán destinados a acciones de salud materna, sexual y reproductiva, mientras que en 2020 se destinaron 2,448 millones de pesos. Es decir, para el año 2021, el rubro de salud materna, sexual y reproductiva, sufrió una disminución de alrededor de 400 millones de pesos, a pesar de estar en una situación de emergencia de salud y económica. En comparación, el gobierno federal asignó 108 mil millones de pesos a cinco proyectos emblemáticos de esta administración (Tren Maya, que absorbe casi todo el presupuesto de la Secretaría de Turismo, Corredor Transístmico, refinería Dos Bocas, aeropuerto de Santa Lucía y el tren México-Toluca), un 93% más que el año 2020. Dado el contexto actual, consideramos que parte de estos recursos deberían invertirse en acciones que prevengan y atiendan la situación tan crítica en materia de salud.⁴



Aborto seguro

Salud



El acceso al aborto seguro ya presentaba diferentes brechas antes de la pandemia. Sólo en dos entidades del país (Ciudad de México y Oaxaca) el aborto está despenalizado durante las primeras 12 semanas de gestación. Sin embargo, en Oaxaca todavía no podemos decir que el acceso esté garantizado a través de las instituciones de salud del Estado.

La regulación legal en el resto del país es restrictiva. En general, se contempla al aborto como un delito que sólo bajo ciertas causales se puede realizar sin ameritar una sanción penal. Además, hay desconocimiento por parte de autoridades y personal de salud sobre sus obligaciones frente a la (Norma Oficial Mexicana) NOM-046 y la Ley General de Víctimas,⁵ lo que da pie a que impongan requisitos innecesarios a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual que solicitan acceder a un procedimiento de interrupción legal de embarazo, como la solicitud de una autorización o una denuncia formal previa.

Con la contingencia sanitaria, se profundizaron las brechas que ya existían para el acceso a servicios de aborto legal. La falta de información y personal sanitario y la conversión de los servicios contrajo citas médicas pospuestas, canceladas o referidas a donde no tenían capacidad de atenderlas. De acuerdo con proyecciones estimadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO),⁶ habría 145 mil 719 embarazos

—de los cuales 21 mil 575 serán embarazos de adolescentes⁷— adicionales al promedio de los esperados en el país debido a la pandemia de coronavirus. Esto puede deberse al incremento de la violencia sexual durante la pandemia y a que la población dejó de acudir a los servicios de salud sexual y planificación familiar por temor a contraer COVID-19.

Durante el 2020, la atención por aborto —espontáneo o inducido— en hospitales públicos, se redujo 32% en comparación con el año anterior según datos preliminares⁸ de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). En estos destaca que la mayor disminución ocurrió en el segundo semestre (46%) del año, cuando fueron incrementando los casos de COVID-19 en el país.

De modo similar, el Programa de Interrupción Legal del Embarazo de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México registró 39% menos procedimientos entre abril y septiembre de 2020 en comparación con el mismo periodo de 2019. Además, en dicho lapso, el programa atendió a 47% menos mujeres provenientes de otras entidades que las recibidas en esos meses de 2019, esto de acuerdo con Datos Abiertos del gobierno de la Ciudad de México.⁹

Trabajo/dificultades de las organizaciones de la sociedad civil

Las organizaciones, colectivas y redes de acompañamiento que brindan apoyo para el acceso al aborto seguro, han adoptado sus protocolos de atención para seguir funcionando y responder a las necesidades de las mujeres, en el contexto de la nueva normalidad. Por mencionar algunos ejemplos: ampliación de horarios de atención, incorporación de diferentes vías de comunicación para estar en contacto con quienes solicitan el apoyo, gestión para la obtención de insumos para llevar a cabo el aborto, etcétera.

También se ha dado visibilidad a la importancia del aborto con medicamentos y del acompañamiento como alternativas y métodos seguros para interrumpir embarazos no deseados, producto de vacíos del Estado, como el acceso limitado a anticonceptivos y el aumento de la violencia sexual como consecuencia del confinamiento.

Recomendaciones

1. Es necesario que el Estado mexicano despenalice el aborto en todo el país, y que institucionalice los procedimientos de aborto como un servicio más de la salud reproductiva que pueden acceder de

De acuerdo con proyecciones estimadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), habría 145 mil 719 embarazos –de los cuales 21 mil 575 serán embarazos de adolescentes– adicionales al promedio de los esperados en el país debido a la pandemia de coronavirus. Esto se debe a que la población dejó de acudir a los servicios de salud sexual y de planificación familiar por temor a contraer COVID-19.

forma segura, las mujeres y personas gestantes en todo México. Además, que implemente de manera correcta el “Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida”.¹⁰

- 2.** Es necesario que el Estado mexicano asegure el conocimiento y la capacidad técnica de su personal para garantizar la provisión de servicios de aborto seguro bajo los casos previstos por ley y garantice el abasto de medicamentos, como misoprostol y mifepristona, en los servicios médicos donde estén obligados a realizar abortos por violación y otras causales.
- 3.** Es necesario que el Estado mexicano reconozca e implemente las herramientas de telesalud para garantizar el acceso al aborto seguro, los medicamentos y la información confiable, evitando la saturación de los servicios de salud, el desplazamiento de personas y el contacto directo.



Muerte materna y violencia obstétrica

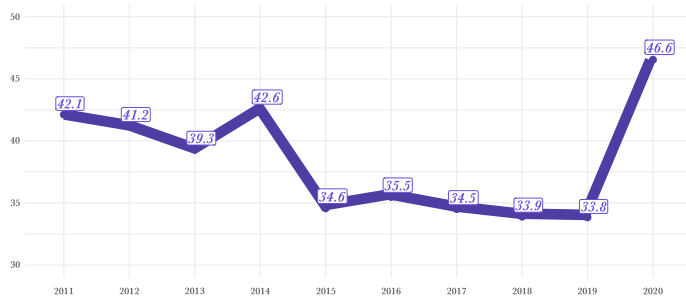
Salud



Tres de cada diez mujeres han sido víctimas de violencia obstétrica en México.¹¹ La violencia obstétrica es una violación específica a derechos humanos de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Consiste en maltratos físicos, verbales o psicológicos hacia las mujeres durante la atención del embarazo, parto o puerperio. La muerte materna y/o neonatal son, en ocasiones, las consecuencias más graves de este tipo de violencia.

La atención prioritaria a pacientes positivos de COVID-19 ha provocado que las personas con enfermedades no contagiosas no reciban la atención que requieren, situación que afecta a quienes necesitan recibir atención obstétrica. El miedo de acudir a las instituciones de salud por el riesgo de contagio y la falta de acceso a las mismas, en el caso de comunidades que viven aisladas, también son problemas que generan un aumento en los casos de violencia obstétrica. A su vez, durante el primer año de la pandemia, ha aumentado drásticamente la razón de muerte materna en el país, como puede apreciarse en la siguiente gráfica.

Razón de muerte materna por cada 100 mil nacimientos
2011 - 2020



Fuente: Elaboración del Observatorio género y Covid con información de los Informes semanales para la vigilancia epidemiológica de muertes maternas

A pesar de las medidas tomadas por autoridades sanitarias, la COVID-19 se ha colocado como la principal causa de mortalidad materna. Hasta octubre, representaban el 21.6% del total de defunciones, es decir, de 9.8 por cada 100. De las 6,297 mujeres embarazadas/púerperas confirmadas a SARS-CoV-2, habían fallecido 149.¹² Por ello, es necesario que se intensifiquen y apliquen correctamente las medidas de prevención de la COVID-19 y atención oportuna a las mujeres embarazadas.

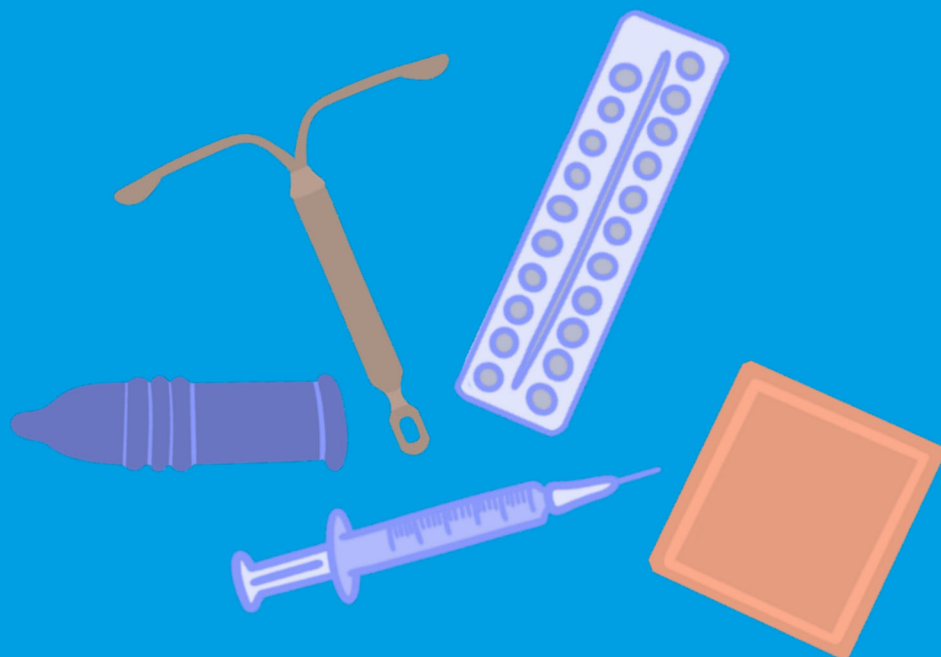
Trabajo/dificultades de las organizaciones de la sociedad civil

Ante el temor de muchas mujeres de contagiarse al asistir a instituciones hospitalarias para la atención de sus embarazos, partos y puerperios, estas han optado

por la búsqueda de atención con parteras tradicionales o parteras autónomas. Sin embargo, tanto parteras como mujeres se enfrentan a retos acumulados por décadas de abandono a la partería como una opción segura. Entre estos se encuentran los obstáculos para el acceso a certificados de nacimiento para personas recién nacidas.

Recomendaciones

- 1.** Seguimiento y correcta aplicación de los protocolos de prevención y mitigación de la COVID-19 en la atención del embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.
- 2.** Capacitar al personal médico y de enfermería en la atención del embarazo, parto y puerperio, con enfoque de derechos humanos, perspectiva de género y de no discriminación hacia la mujer.
- 3.** Garantizar el acceso a servicios de salud a mujeres embarazadas que viven en comunidades aisladas y reconocimiento e inclusión de la partería en la atención del embarazo, parto y puerperio.



Acceso a anticonceptivos

Salud



Con la contingencia sanitaria por COVID-19, los riesgos de contagio limitaron el ya de por sí reducido acceso a servicios de salud sexual y reproductiva incluyendo servicios de anticoncepción y planificación familiar.

En abril de 2020, la Secretaría de Salud federal (SSA), a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, publicó el “Lineamiento para la prevención y mitigación de la COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida”.¹³ En dicho lineamiento se clasificaron como servicios esenciales de salud la atención a la violencia sexual, aborto seguro, acceso a anticoncepción y a anticoncepción de emergencia. Sin embargo, hay una disminución en la demanda de estos servicios debido a la situación crítica y de alerta roja por la que pasa México, pues las mujeres han dejado de acudir a los centros de salud por el riesgo de contagio y las restricciones de movilidad.

Si bien hay abasto suficiente de métodos anticonceptivos para 2021 en las unidades públicas de salud de todo el país, el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) estima que la necesidad insatisfecha de anticonceptivos en el caso mexicano incrementará de 11% a 18%, lo que significa un aumento de casi seis puntos porcentuales en tan solo tres años.¹⁴ También, calcula que alrededor de 300 mil mujeres dejarán de

acudir por anticonceptivos a los servicios de salud públicos.¹⁵ Esto podría significar alrededor de 1171 mil embarazos no deseados entre 2020 y 2021, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO).¹⁶

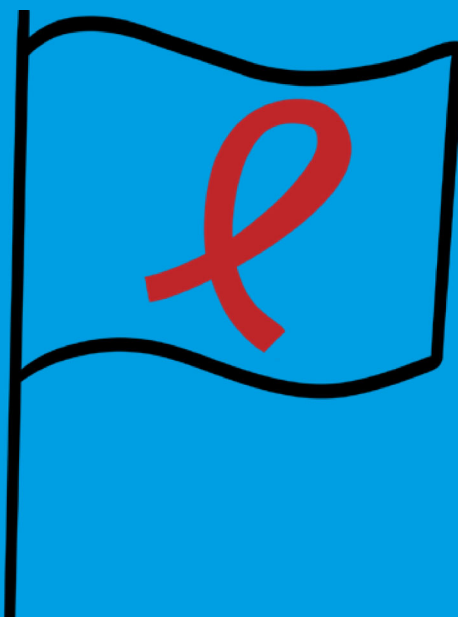
Debido a este contexto crítico, hacemos notar que aún sigue pendiente la publicación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2019-2024, el cual debería indicar las líneas programáticas y presupuestales a seguir por el Centro Nacional de Equidad de Género. Además, su ausencia puede dejar un vacío en acciones prioritarias en el ámbito estatal y municipal del país.

Trabajo/dificultades de las organizaciones de la sociedad civil

El actual gobierno federal ha desconocido y eliminado mesas oficiales de trabajo y diálogo interinstitucional con la participación de la sociedad civil, que han tenido resultados benéficos para el avance de los derechos sexuales y reproductivos. Ante esta situación, redes y Organizaciones de la Sociedad Civil hemos adaptado nuestros procesos y mecanismos de respuesta contribuyendo mediante: consejería sobre anticoncepción de emergencia y post evento obstétrico, acompañamiento a las mujeres en sus procesos reproductivos y en la búsqueda de información y opciones que cubran sus necesidades, deseos, planes y proyectos de vida.

Recomendaciones

- 1.** Es urgente que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva 2019-2024, ejerza su función rectora publicando y difundiendo en todo el país el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, de tal manera que se tengan claras las prioridades y la hoja de ruta a seguir en esta materia durante la pandemia.
- 2.** Difundir una campaña nacional de comunicación sobre el acceso a métodos anticonceptivos basada en información científica y laica, bajo un marco de derechos humanos y que sea efectiva en el contexto actual contemplando disponibilidad, fácil obtención y gratuidad.
- 3.** Construir mecanismos de diálogo con organizaciones de la sociedad civil comprometidas con el tema para buscar estrategias y soluciones de manera conjunta que disminuyan los efectos adversos que traerá la pandemia.



Mujeres con VIH

Salud



Un diagnóstico de resultado positivo por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) puede ser una noticia impactante para cualquier persona y más si quien lo recibe es una mujer. Aproximadamente en nuestro país, 36,000 mujeres viven con VIH¹⁷ y, aunque este número ha incrementado rápidamente en los últimos años, muchas mujeres no quieren ser visibilizadas debido al conflicto moral que les representa su estado serológico ante una sociedad que discrimina.

La discriminación y el rechazo social tienen un origen multifactorial e incluso dependerá de cada individuo. Sin embargo, el miedo, la falta de educación, los intereses económicos y los prejuicios son algunos de los factores que pueden influir para que un ser humano rechace o segregue a otro. La discriminación hacia las personas que viven con VIH sigue presente en nuestra sociedad, aún a pesar del gran avance en los tratamientos y las campañas que organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y diversas asociaciones de la sociedad civil.

Las mujeres que viven con VIH en México enfrentan estigmas, discriminación y violencia cotidianas. Con la atención centrada en la pandemia por coronavirus, la detección y el tratamiento del VIH se vieron afectados por la conversión de los centros de salud a centros COVID-19.

Antes de la pandemia, el acceso a las pruebas de detección estaba enfocado en mujeres embarazadas, con énfasis en la prevención de la transmisión vertical, así como la prevención y atención de poblaciones clave de las que las mujeres no forman parte. A raíz de la cuarentena, esta situación se ha agravado.

Trabajo/dificultades de las organizaciones de la sociedad civil

Es posible que el número de mujeres con VIH en México haya incrementado en los últimos meses. Debido a la transformación de los centros de salud para la atención centralizada en COVID-19, sólo queda la posibilidad de que se enteren de su diagnóstico de VIH debido a circunstancias externas, como el que su pareja sea diagnosticada previamente o que se le presenten problemas de salud graves. Aunado a ello, existe una carencia de apoyo psico-emocional que acompañe durante el proceso inicial de duelo, a las mujeres recién diagnosticadas.

A diferencia de la comunidad homosexual, los grupos de mujeres no se han organizado de la misma manera en la lucha por los derechos de quienes viven con VIH, salvo algunas excepciones como ciertos grupos feministas o de mujeres trans y algunas asociaciones

civiles que han empezado a ver al VIH como una prioridad en sus agendas.

Recomendaciones

1. Garantizar las consultas médicas, pruebas y un adecuado abasto de medicamento en los centros de atención pública. En situaciones de emergencia como la que estamos viviendo por la pandemia de COVID-19, las personas con VIH pueden perder la adherencia al tratamiento.
2. Generar mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los servicios especializados de VIH y los de atención a la violencia de género, así como la atención integral en casos de violencia en el hogar para las mujeres.

Las mujeres que viven con VIH en México enfrentan estigmas, discriminación y violencia cotidianas. Con la atención centrada en la pandemia por coronavirus, la detección y el tratamiento del VIH se vieron afectados por la conversión de los centros de salud a centros COVID-19.



Mujeres con discapacidad

Salud



Antes de la pandemia por COVID-19, Disability Rights International (DRI) realizó una investigación de cinco años en la que monitoreó 55 instituciones residenciales públicas y privadas, como refugios, orfanatos e instituciones psiquiátricas en 11 estados de la República. DRI descubrió que las mujeres y niñas con discapacidad son especialmente vulnerables al abuso. Muchas fueron esterilizadas sin su consentimiento y han sufrido abusos físicos y sexuales, así como trata de personas con fines de explotación sexual y laboral. La negligencia y los abusos son un problema importante para las personas detenidas en las instituciones de México. Esta investigación se detalla en el informe de DRI *Crímenes de Lesa Humanidad: Décadas de violencia y abuso en las instituciones para niñas, niños, adolescentes y adultos con discapacidad*.

Evidencia alrededor del mundo demuestra que todas las personas con discapacidad institucionalizadas corren un mayor riesgo de infección y muerte por COVID-19. Ante la falta de datos disponibles sobre esta situación, en diciembre de 2020, DRI realizó 66 solicitudes de acceso a información. En la mayoría de los casos, las autoridades no respondieron y, en otros, negaron cualquier responsabilidad de realizar un seguimiento de esos datos esenciales. DRI sólo recibió información muy limitada sobre un total de catorce instituciones psiquiátricas.¹⁸ Estas catorce dan cuenta de 800 personas con discapacidad institucionalizadas

de las cuales 417 son mujeres.¹⁹ De la población total, 134 personas han sido infectadas de COVID-19; el 66% son mujeres.²⁰ Según la información, sólo se han documentado dos muertes.²¹

Sin embargo, las instituciones psiquiátricas realizaron una pequeña cantidad de pruebas. Siete de las instituciones no aplicaron la prueba a todas las personas detenidas, sólo a unas cuantas; dos instituciones no mencionaron haber realizado pruebas. Sólo dos estados dijeron haber aplicado un número más significativo de pruebas que el total de su población, sin precisar si la prueba se había realizado repetidamente durante algún tiempo. Entre las 800 personas institucionalizadas, 480 personas también tienen otras comorbilidades como diabetes, hipertensión, obesidad o VIH; el 69% de ellas son mujeres.²² De las catorce instituciones psiquiátricas que enviaron información, sólo cinco reportaron haber recibido financiamiento adicional para abordar el estado de emergencia ante la COVID-19. Tres mencionaron haber recibido apo o en especie.²³

Trabajo/dificultades de las organizaciones de la sociedad civil

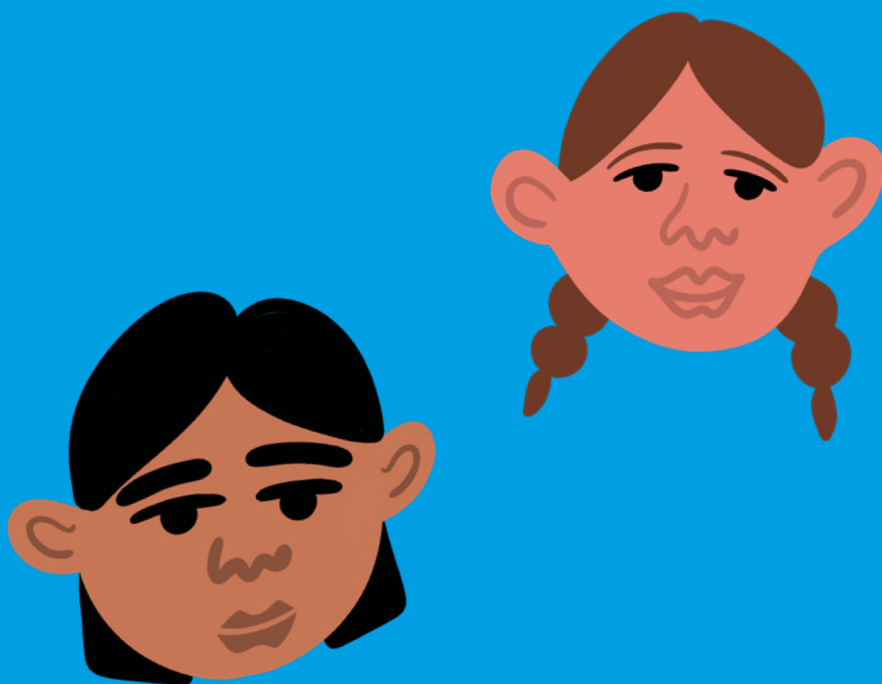
Una de las actividades que realiza DRI es la supervisión y seguimiento *in situ* de las instituciones psiquiátricas. DRI no ha podido realizar estas actividades

debido al alto riesgo de contagio en las instituciones. La falta de mecanismos efectivos para la supervisión y monitoreo de las personas con discapacidad en las instituciones las deja expuestas a mayores abusos. Las niñas y mujeres con discapacidad corren más peligros de ser abusadas dentro de las instituciones. Se necesita con urgencia la creación y el funcionamiento de mecanismos de seguimiento eficaces e independientes, especialmente en estos tiempos de crisis.

Recomendaciones

Dirigimos las siguientes recomendaciones al Estado mexicano para proteger a las personas con discapacidad que se encuentran en instituciones psiquiátricas:

- 1.** Detener nuevas admisiones en instituciones y brindar apoyo inmediato en la comunidad.
- 2.** Crear un plan de desinstitucionalización de emergencia para crear viviendas y apoyos en la comunidad lo antes posible.
- 3.** Priorizar la vacunación de todas las personas con discapacidad que vivan en cualquier entorno de institucionalización y proporcionar los ajustes y apoyos adecuados, incluida la información en formatos accesibles para garantizar que las personas con discapacidad en la comunidad y en riesgo de institucionalización reciban la atención médica, las vacunas y la protección que necesitan.



Mujeres migrantes

Salud



En México, hasta 2018 y de acuerdo con las estadísticas públicas de la Secretaría de Gobernación, las mujeres representaban entre el 20 y el 25% en los flujos migratorios en tránsito irregular. Sin embargo, a partir de octubre de 2018 y durante 2019, las mujeres y las niñas representaron el 40% en los eventos de detención migratoria. En 2020 fueron el 22%. Muchas de las mujeres que solicitan asilo (38% en 2020) tienen entre 15-44 años de edad. Las mujeres migrantes tienen diferentes tiempos y formas de migrar a diferencia de sus pares hombres, muchas viajan con sus hijas e hijos y sus familias, incluso embarazadas. Los retos y riesgos que enfrentan están atravesados por el género, la xenofobia y la discriminación.

La pandemia por COVID-19 ha profundizado la situación de vulnerabilidad que viven las mujeres migrantes. Las barreras para acceder a la atención médica, en particular la sexual y reproductiva, han incrementado a pesar de que el derecho a la salud, sin discriminación, está reconocido en los tratados internacionales de los que México es parte, en la Constitución mexicana, en la Ley de Salud y en la Ley de Migración. Sin embargo, es común que el personal de salud les niegue la atención médica, incluso si están embarazadas, supeditándola a su estatus migratorio o documentación, ya sea por falta de sensibilización, desconocimiento o xenofobia. En ocasiones, amenazan a las mujeres con la deportación. Se ha documentado que las migrantes

embarazadas han recurrido a las parteras, no obstante, autoridades de salud se niegan a que éstas las atiendan y emitan certificados de nacimiento.

También ha generado impactos sociales en la vida de las migrantes como la pérdida de empleo, vivienda, la imposibilidad de iniciar o continuar con sus trámites de regularización migratoria o solicitud de asilo (debido a las restricciones de movilidad y cierre de oficinas) y violencias por parte de autoridades, grupos criminales, y sus parejas. En este contexto, el Estado mexicano no ha integrado a la población migrante en general, y a las mujeres migrantes en particular, en sus diferentes respuestas para el combate a la pandemia. En abril de 2020, emitió el *Protocolo de actuación para la prevención y atención de casos sospechosos y confirmados de COVID-19 en las Estaciones Migratorias y Estancias Provisionales del Instituto Nacional de Migración*.²⁴ No obstante, el Instituto Nacional de Migración no lo ha implementado de forma adecuada; no hay un proceso apegado a las recomendaciones de salud pública para la deportación de las y los migrantes; existe poca transparencia de las Secretaría de Salud (federal y estatales) sobre las acciones que ha llevado a cabo en seguimiento al *Plan Operativo de Atención a la Población Migrante ante COVID-19*;²⁵ y la conversión de hospitales exclusivos para atención de COVID-19 ha reducido aún más las posibilidades de atención sin que existan alternativas. La operación del plan de vacunación (que requiere presentar un docu-

mento de identidad) limita las posibilidades de las y los migrantes de recibirla.

En este sentido, la violencia institucional se ha mantenido como constante, porque aunque el derecho a la salud de las personas migrantes se reconoce en el marco legal del país, en la práctica existen omisiones y actos dilatorios para la atención.

Trabajo/dificultades de las organizaciones de la sociedad civil

La pandemia ha representado un reto para el trabajo de las organizaciones de la sociedad civil y albergues que apoyan a las personas migrantes. Algunas han tenido que cerrar sus puertas como medida de protección para la población migrante y el personal. Otras han visto mermada su capacidad de ayuda por los recortes en los apoyos económicos y la disminución de trabajo voluntario.

No obstante, hemos realizado labores de incidencia política y ayuda humanitaria en coordinación con la academia, redes de organizaciones y algunas voluntades gubernamentales.

Para revertir los actos del gobierno que criminalizan a la población migrante y las coloca en condiciones de

vulnerabilidad, se realizaron diversas acciones como la promoción de juicios de amparo para frenar las detenciones migratorias, liberar a todas las personas migrantes detenidas en estaciones migratorias y garantizar el acceso a la salud (ver Amparo 426/2020). También, se brindó asesoría y acompañamiento jurídico y de servicios de salud mental (remota o presencial) y monitoreos en terreno.

Recomendaciones

1. Integrar perspectiva de género en los planes, acciones, monitoreo y respuestas que se realicen para prevenir y atender la COVID-19 y sus consecuencias en la población migrante.
2. Transparentar las acciones que se están implementado en materia de salud respecto a la orden judicial del 17 de abril de 2020 (Amparo 426/2020²⁶) y las recomendaciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo pública la información en sus páginas oficiales; así como las acciones realizadas por la Dirección General de Epidemiología que se derivan del *Plan Operativo de Atención a la Población Migrante ante COVID-19*.
3. Garantizar el acceso gratuito y oportuno a la vacuna contra COVID-19, en igualdad de condiciones que las personas nacionales, así como capacitar al personal médico y administrativo de los hospitales y

centros de salud sobre el marco jurídico que protege a las personas migrantes, con perspectiva de género.



Mujeres privadas de la libertad

Salud



De acuerdo con el Monitor Nacional por COVID-19 en Centros Penitenciarios de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, se reportaba un acumulado de 3,169 personas privadas de la libertad contagiadas y 245 decesos.²⁷ Sin embargo, se desconoce el número de mujeres dentro de estas cifras.

Con la información preliminar de entrevistas con mujeres que lideran colectivas de personas liberadas,²⁸ se ha registrado que las familias no tienen conocimiento sobre las condiciones de salud al interior de los centros de reclusión. En las entrevistas se comenta que las personas reclusas tienen miedo de ir a los servicios médicos y de reportar síntomas. Esto a causa de la desinformación y, por otra parte, porque las guardias imponen cuarentenas por celdas, en lugar de forma individual.

Las medidas implementadas por los gobiernos se han centrado en la restricción o prohibición de visitas. Mediante un monitoreo de noticias, entre abril a septiembre de 2020, se conoce que en los centros penitenciarios de Baja California sólo se permitieron visitas virtuales; en Durango y Michoacán hubo una suspensión de visitas por 30 días; en Veracruz sólo se permitieron visitas conyugales; en Aguascalientes se estableció sólo un día de visitas; y en el resto de las 27 entidades sólo se permitió la visita de familiares (lo cual tiene un efecto desproporcionado en mujeres). Por su parte, los centros federales suspendieron completamente las visitas.²⁹

En marzo de 2020, la Secretaría de Salud y la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana emitieron un protocolo sobre actuación para la atención de la COVID-19 al interior de los centros penitenciarios federales.³⁰ Sin embargo, este documento no provee lineamientos particulares de cómo asegurar el aislamiento en condiciones de hacinamiento, o las necesidades de poblaciones en situación de vulnerabilidad. A la fecha, no se conoce cómo es la disponibilidad de equipos de bioseguridad, agua corriente o servicios médicos.

Trabajo/dificultades de las organizaciones de la sociedad civil

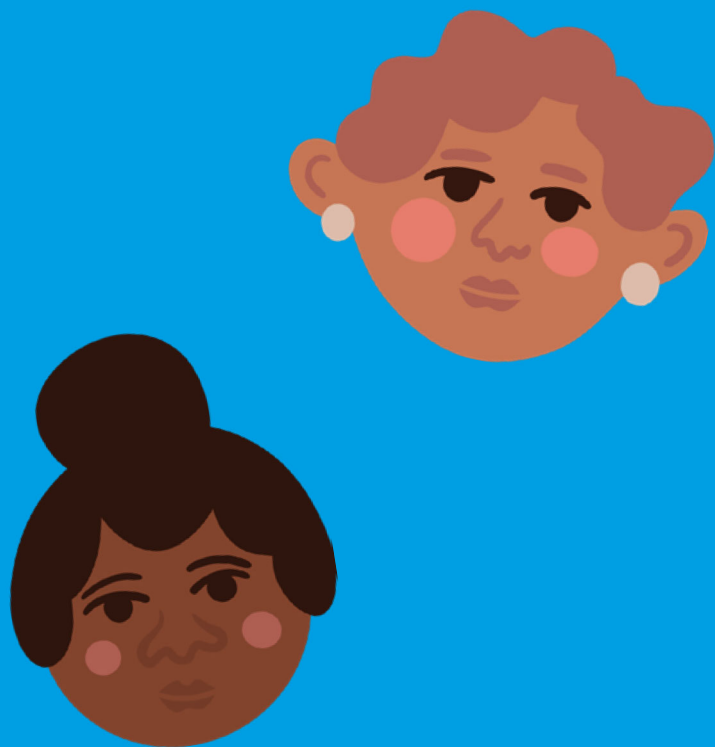
Distintas colectivas de personas liberadas, como Artículo 20, Mujeres Unidas X la Libertad y Mujeres Libres, han organizado colectas de insumos para personas privadas de la libertad. Sin embargo, la restricción o prohibición de visitas en centros penitenciarios han impedido que familiares, personas defensoras y organizaciones de la sociedad civil puedan tener contacto con las personas reclusas, así como entregarles víveres o medicinas. Este obstáculo se le suma a la imperante opacidad del sistema penitenciario.

Recomendaciones

1. Dar seguimiento por parte de las secretarías de sa-

lud, federal y de las entidades estatales, a la situación dentro de los centros de reclusión para generar información veraz, pública y constante sobre las personas afectadas, número de pruebas de detección y medidas sanitarias adoptadas, desagregadas, al menos por sexo, centro de reclusión y edad.

2. Asegurar medidas de mitigación, prevención y tratamiento dentro de centros penitenciarios con base en evidencia científica y siguiendo los máximos estándares de derechos humanos, evitando que estas se traduzcan en generación de pánico o quiebre de sus relaciones humanas.



Mujeres indígenas

Salud



El Censo de Población y Vivienda 2020 señala que en México viven 7,364,645 personas de tres años y más que hablan alguna lengua indígena, de las cuales 3,783,447 son mujeres. Por muchos años, los pueblos indígenas han sido olvidados por los programas y políticas de gobierno, que les ha dejado en desventaja y en desigualdad en el acceso a derechos básicos como la salud, empleo, alimentación y educación.

En el acceso a servicios de salud, la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2017 refiere que el 72% de la población hablante de una lengua indígena (HLI), de seis años o más, utilizó principalmente el Seguro Popular —programa que ya no existe—. El 11.9% utilizó el Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Petroleos Mexicanos, Ejército Nacional o Marina. El 6.8% recurre a un consultorio, clínica u hospital privado, el 4% acude a un consultorio de farmacia, y el 4% no se atiende. El 1.3% emplea otro tipo de servicio.

La expansión y llegada de la COVID-19 a los territorios indígenas ha hecho evidente este rezago, aunado al derecho a la información y participación en la prevención, atención y contención de la pandemia. Esto es resultado de las desigualdades estructurales históricas que hoy afectan mayormente a las mujeres indígenas.

La Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2014 sobre el uso del tiempo, señala que el tiempo total de trabajo de hombres y mujeres de 12 años y más es de casi seis mil millones de horas a la semana. En la población hablante de lengua indígena, el 58.6% del tiempo total se destina al trabajo no remunerado de los hogares, frente al 55.4% nacional. Si así estaba la carga de trabajo previa a la pandemia, ahora se agrava con las triples jornadas que están agotando a las mujeres, lo cual merma su salud y la excluye de espacios claves de participación.

De acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (INPI), actualizado al 21 de enero de 2020, en México hay 14,738 casos positivos COVID-19 en población que se reconoce indígena, de las cuales 6,680 son mujeres. Los casos positivos en población HLI son de 4,821 mujeres, frente a 6,081 hombres que suman un total de 10,902 personas. Un millón 864 personas HLI han muerto, de las cuales 651 eran mujeres. Como vemos, es menor el número de registro de mujeres infectadas ante los hombres, aun así hay que considerar otros elementos como el subregistro o el imposible acceso a hospitales para la atención.

La infodemia o sobreabundancia de información, también ha afectado a las comunidades. La poca información que llega es a cuentagotas y sin pertinencia cultural ni contextual. No existe información oficial de

la atención a pacientes COVID-19 en contextos comunitarios. Por ejemplo, qué hacer después de tener la enfermedad o qué hacer cuando ocurre un fallecimiento. Desde la prevención el sistema de salud queda a deber, no hay espacio médico cercano para realizarse estudios, hay ausencia de protocolos y mecanismos para atender a pacientes graves y su traslado a los hospitales, así como métodos para atender la garantía del derecho lingüístico, entre otros.

Trabajo/dificultades de las organizaciones de la sociedad civil

El Programa de Mujeres Indígenas del Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir trabajaba de manera territorial con mujeres indígenas y afromexicanas en los estados de Oaxaca, Chiapas, Campeche y Yucatán, aunado a fortalecimientos de liderazgos a nivel nacional de diferentes Estados del país. Mudarse a lo virtual ha implicado grandes desafíos, pues disfrutar de este derecho significa tener luz, cobertura celular, acceso a internet, teléfono inteligente o tener computadora y no tener sobrecarga de trabajo. No contar con estos mínimos ha dejado fuera a muchas líderes que en lo presencial eran bastante activas en las luchas.

En el acceso a servicios de salud, la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2017 refiere que el 72% de la población hablante de una lengua indígena (HLI), de seis años o más, utilizó principalmente el Seguro Popular -programa que ya no existe-. El 11.9% utilizó el IMSS, ISSSTE, PEMEX, Ejército Nacional o Marina. El 6.8% recurre a un consultorio, clínica u hospital privado, el 4% acude a un consultorio de farmacia, y el 4% no se atiende. El 1.3% emplea otro tipo de servicio.

Recomendaciones

- 1.** Reconocer y visibilizar la gran contribución de las mujeres indígenas y garantizar su participación en la generación de esquemas y mecanismos para hacer frente a la pandemia.
- 2.** Asegurar el acceso igualitario a la atención médica, cuidados e insumos para personas y comunidades indígenas.
- 3.** Garantizar el derecho a la información y tecnología para las personas que hablan una lengua indígena.



Mujeres Afromexicanas

Salud



La pandemia por COVID-19 ha puesto en evidencia el racismo estructural y las profundas desigualdades que enfrentan las comunidades afro-mexicanas, debido a la invisibilidad histórica, la ausencia de datos desagregados sobre la proporción de personas afro-mexicanas afectadas por la crisis sanitaria.

De acuerdo con los resultados del Censo de Población y Vivienda 2020 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), registró que 2,576,213 de personas se autoreconocen afro-mexicanas, negra o afro-descendiente. Lo que representa el 2% de la población total mexicana. De ellas, 1,297,617 son mujeres.

En la Costa Chica de Guerrero y Oaxaca, donde se encuentran asentadas la mayoría de las comunidades afro-mexicanas, no existe un sistema de salud acorde y pertinente a las necesidades de este sector poblacional. No sólo se trata de contar con clínicas y hospitales de segundo y tercer nivel, sino también con personal médico, medicamentos e insumos necesarios para su funcionamiento. Los hospitales regionales de Pinotepa Nacional en Oaxaca y Ometepepec en Guerrero, convertidos a hospitales COVID-19, están rebasados y no cuentan con los insumos necesarios para atender enfermedades cotidianas.

En estos momentos, en la región de la Costa Chica, se está presentando un importante brote de contagios,

mismos que no se ven reflejados en los datos oficiales debido a que el sistema de salud está rebasado. Los diagnósticos se hacen en farmacias o servicios privados de salud. Algunas pruebas cuestan de \$1,500 a \$2,500 pesos. Por ello, hay un subregistro de casos y de defunciones por esta pandemia, hecho que ha sido reconocido por el propio INEGI, señalando que de los datos presentados por el sistema de salud, posiblemente hay un 45% más de personas fallecidas por COVID-19.

En lo que respecta a salud materno infantil, al haberse convertido los hospitales generales de la zona en hospitales COVID-19, se ha complicado la atención a las y los pacientes. Con los mismos insuficientes recursos, ahora tienen que atender a más pacientes y con complicaciones COVID-19, situación que ha afectado mayormente a las mujeres en labor de parto.

Trabajo/dificultades de las organizaciones de la sociedad civil

Ha habido un aumento significativo de la carga de trabajo de cuidados de las mujeres, así como de la violencia y no refugios para mujeres a la cual acudir.

Las integrantes de Mujeres afromexicana (MUAFRO) han estado en cuarentena ante un posible contagio de COVID-19. Emocionalmente ha sido complicado

manejar la incertidumbre. Sobre todo al vivir en soledad la cuarentena, aumentan las cargas de cuidado, aunado a la gran brecha digital y poco acceso a conectividad de la población afromexicana. Esto ha tenido efectos negativos en el proceso organizativo y la promoción de derechos queda pausada, ya que las tareas de cuidados restan tiempo al activismo.

La principal herramienta de comunicación entre las mujeres afromexicanas ha sido el teléfono celular. Sin embargo, solamente el 67% de las integrantes cuenta con uno y apenas el 33% cuenta con computadora. Por otra parte, se evidenció una dificultad notable para manejar herramientas digitales, particularmente para las adultas mayores.

Recomendaciones

1. Garantizar la infraestructura hospitalaria, los mecanismos de traslado de comunidades lejanas a hospitales regionales y los insumos necesarios para brindar atención oportuna libre de discriminación y racismo para la población afromexicana, así como que exista suficiente personal médico y equipos para atender casos por COVID-19, agravado por los brotes de dengue hemorrágico e influenza.
2. Generar datos desagregados sobre la población afromexicana afectada por la COVID-19 e impulsar la coordinación entre las autoridades municipales y el

sector salud para difundir información clara y oportuna sobre COVID-19 a las familias afromexicanas con enfoque étnico racial, etario y de género, considerando a las personas con alguna discapacidad.

- 3.** Crear programas para activar la economía de las personas afromexicanas, así como garantizar la alimentación a comunidades y el abasto de tienda Diconsa o similares y estabilizar los precios de la canasta (maíz, frijol y arroz) y elaborar programas para mitigar la situación económica y emocional de la población afromexicana.

Referencias

- 1 Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP), Información sobre violencia contra las Mujeres (Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 9-1-1), p. 93 Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1IzlZK1O_yWfIz8FsN-YzL_VcL69DjCjAEX/view (fecha de consulta: febrero de 2021).
- 2 CONAPO (2020) Conferencia de prensa: <http://bit.ly/2ZId-Yf9> (fecha de consulta: febrero de 2021).
- 3 Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2021:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF_2021_301120.pdf (fecha de consulta: febrero de 2021).
- 4 Revista Expansión. (2021). 10 datos del Presupuesto 2021, que se ejercerá en medio de COVID-19. 2021, de Revista Expansión Sitio web: <http://bit.ly/2ZibJsj> (fecha de consulta: febrero de 2021).
- 5 La Ley General de Víctimas y la Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios de prevención y atención, regulan el acceso al aborto en caso de violación en todo el país para que cualquier adolescente o mujer a partir de los 12 años puedan solicitar el servicio de aborto seguro por violación ante el Sistema Nacional de Salud solo con un escrito bajo protesta de decir verdad que su embarazo es producto de violación.
- 6 CONAPO (2020) Conferencia Secretaría de Salud: <https://youtu.be/U-2V7MaIUd0> (fecha de consulta: febrero de 2021).
- 7 CONAPO (2020) Conferencia de prensa: <http://bit.ly/2ZId-Yf9> (fecha de consulta: febrero de 2021).

8 Los datos respecto al año 2020 fueron obtenidos de los cubos dinámicos de la Dirección General de Información en Salud y son preliminares, por lo que podría existir ajuste:

<http://bit.ly/3usCe3h> (fecha de consulta: febrero de 2021).

9 Interrupción Legal del Embarazo, Datos Abiertos de la Agencia Digital de Innovación Pública, del Gobierno de la Ciudad de México: <http://bit.ly/3uqnlyk> (fecha de consulta: febrero de 2021).

10 Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida: <https://bit.ly/2NwwuVr> (fecha de consulta: febrero 2021).

11 Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016 (En línea). Disponible en:

<https://bit.ly/2MhjnXw> (Fecha de consulta: 27/01/2021)

12 Síntesis y actualización de evidencia: Abordaje de COVID-19 en el embarazo y puerperio. Acciones clave para el manejo oportuno (7 de octubre de 2020): <https://bit.ly/37Ic0jl> (Fecha de consulta: 22/01/2021)

13 Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida: <https://bit.ly/2NwwuVr> (fecha de consulta: febrero 2021).

14 CONAPO. Principales Resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), 2018. Sitio web: <http://bit.ly/3usaknO> (fecha de consulta: febrero de 2021).

15 UNFPA. “El impacto de COVID-19 en el acceso a los anti-conceptivos en América Latina y el Caribe” (2020). Sitio web:

<https://bit.ly/2P58vx3> (fecha de consulta: febrero de 2021).

16 El Economista. “En México, se esperan cerca de 171 mil embarazos no deseados en el marco de la pandemia”, 11 de julio de 2020: <http://bit.ly/2MkRv4U> (fecha de consulta: febrero 2021).

17 CENSIDA. Mujeres y... el VIH y el sida: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/M_V_S.pdf (fecha de consulta: febrero de 2021).

18 Solicitudes de información con número de folio: 718820 dirigida al Instituto de Servicios de Salud de Aguascalientes; 475320 dirigida a la Secretaría de Salud de Baja California Sur; 1201020 dirigida a la Secretaría de Salud de Baja California; 154532020 dirigida a la Secretaría de Salud de Chihuahua; 709220 dirigida a los Servicios de Salud de Durango; 2678920 dirigida al Poder Ejecutivo de Guanajuato; 9012120 dirigida a los Servicios de Salud de Jalisco; 1337320 dirigida a los Servicios de Salud de Oaxaca, 1360420 dirigida a los Servicios de Salud de San Luis Potosí, 354988 dirigida al Instituto de Salud del Estado de México y 2055520 dirigida a la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz.

19 Ídem

20 Ídem

21 Solicitud de acceso a la información con número de folio 709220 dirigida a los Servicios de Salud de Durango.

22 Supra nota 1.

23 Solicitudes de acceso a la información con número de folio 475320 dirigida a la Secretaría de Salud de Baja California Sur, 2678920 dirigida al Poder Ejecutivo de Guanajuato, 1337320 dirigida a los Servicios de Salud de Oaxaca, 354988 dirigida al

Instituto de Salud del Estado de México y 2055520 dirigida a la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz.

24 Protocolo de actuación para la prevención y atención de casos sospechosos y confirmados de COVID-19 en las Estaciones Migratorias y Estancias Provisionales del Instituto Nacional de Migración: <https://www.gob.mx/inm/documentos/protocolo-de-actuacion-en-las-estaciones-migratorias-y-estancias-provisionales> (fecha de consulta: febrero de 2021).

25 Plan Operativo de Atención a la Población Migrante ante COVID-19: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Plan_Operativo_Atencion_Poblacion_Migrante_COVID-19.pdf (fecha de consulta: febrero de 2021).

26 Comunicado: Resolución histórica en pro de las personas migrantes (18 de abril de 2020): <https://mailchi.mp/7e46beb46600/resolucion-histrica-en-pro-de-las-personas-migrantes> (fecha de consulta: febrero de 2021).

27 Cuenta oficial de la CNDH de Twitter: <https://twitter.com/CNDH/status/1354112466318487552> (fecha de consulta: febrero de 2021).

28 Maldonado Cruz, Beatriz, et al. “Personas privadas de la libertad y COVID-19: ¿dónde están los datos?” Blog de Alianza para el Gobierno Abierto MX, 2020, <http://aga-gobierno-abierto.k8s.funcionpublica.gob.mx/personas-privadas-de-la-libertad-y-covid-19-donde-estan-los-datos/> (fecha de consulta: febrero de 2021).

29 “Personas presas, en riesgo por coronavirus: ¿Qué están haciendo las cárceles para prevenir contagios”, Animal Político, 17 de marzo de 2020, <https://www.animalpolitico.com/2020/03/carceles-medidas-coronavirus-personas-privadas-libertad/>;

Daniela Ramírez et al., “Toman medidas en las cárceles por Covid-19”, Excelsior, 18 de marzo de 2020, <https://www.excelsior.com.mx/nacional/toman-medidas-en-las-carceles-por-covid-19/1370467> (fecha de consulta: febrero de 2021).

30 Protocolo de Actuación para la Atención de Covid-19 al interior de Centros Federales de Reinserción Social (CEFERESOS): https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Protocolo_De_Actuacion_COVID-19_CEFERESOS.pdf (fecha de consulta: febrero de 2021).

NOS CAYÓ EL 20

Diagnóstico y recomendaciones del Observatorio
Género y COVID-19 en México.