

INFORME

IMPACTOS DIFERENCIADOS POR COVID-19: DIÁLOGOS CON ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL



ATENCIÓN DIFERENCIADA A GRUPOS DE RIESGO
Y DE ATENCIÓN PRIORITARIA EN LA CDMX
CICLO DE CONVERSATORIOS ORGANIZADO POR EL COPRED



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



COMISIÓN PARA PREVENIR Y
ELIMINAR LA MALDAD EN
DE LA CIUDAD DE MÉXICO
COPRED

Presidencia del COPRED

Geraldina González de la Vega Hernández

Sistematización y generación de información

Subdirección de Planeación

Berenice Vargas Ibáñez

Reneé Gabriela Hernández Chavero

Ninette Ruvalcaba Torrero

Adriana García Jiménez

Comunicación, edición y diseño

Marcela Nochebuena Velázquez

Rafael Augusto Morales Pérez

Jazmín Morales Castelán

Karina Buendía Monroy

Este trabajo no podría haberse realizado sin la colaboración y confianza de las personas representantes de las organizaciones sociales y la academia que participaron en los 12 conversatorios aquí reportados. Las conversaciones llevadas a cabo fueron de gran ayuda para visibilizar las desventajas de los grupos de atención prioritaria, que se han intensificado durante la crisis generada a partir de la pandemia. Asimismo, reconocemos la labor que realizan y su intervención para dar respuesta. Sabemos que es sólo mediante el trabajo conjunto entre el gobierno, las organizaciones y la sociedad que se pueden generar cambios a favor de una cultura de igualdad, no discriminación y pleno acceso a los derechos humanos.

Agradecemos a:

Arlen Palestina (*Brigada Callejera de Apoyo a la Mujer Elisa Martínez A.C.*)

Natalia Lane (*Centro de apoyo a las Identidades Trans e integrante de la Asamblea Consultiva del COPRED*)

Luis Enrique Hernández (*El Caracol A.C.*)

Alehlí Ordóñez (*Litigio Estratégico en Derechos Sexuales y Reproductivos, A.C. (LEDESER)*)

Iván Tagle (*YAAJ México, A.C.*)

Nathan Ambriz (*Transmasculinidades MX. e integrante de la Asamblea Consultiva del COPRED*)

Laura Bermejo (*Libre Acceso, A.C. y presidenta de la Asamblea Consultiva del COPRED*)

Cecilia Guillén (*En Primera Persona, A.C. e integrante de la Asamblea Consultiva del COPRED*)

María de los Ángeles Fuentes Vera (*Comité de Derechos Humanos Ajusco e integrante de la Asamblea Consultiva del COPRED*)

Elizeth Altamirano Pérez (*Gerontólogo e integrante de la Asamblea Consultiva del COPRED*)

Ari Vera (*Almas Cautivas e integrante de la Asamblea Consultiva del COPRED*)

Ana Pecova (*EQUIS Justicia para las Mujeres*)

Ana Mercedes Saiz Valenzuela (*Sin Fronteras, I.A.P. e integrante de la Asamblea Consultiva del COPRED*)

Laura Trejo (*Asistencia y Orientación para la Movilidad Humana (Asmovilidad)*)

María Morfín Stoopan (*La Jugarreta, Espacios de Participación, A.C.*)

Irasema Zabaleta (*Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA)*)

Juan Martín Pérez García (*Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM)*)

Gilberta Mendoza (*intérprete de Náhuatl e integrante de la Asamblea Consultiva del COPRED*)

Hugo Arellanes (*Huella Negra A.C. e integrante de la Asamblea Consultiva del COPRED*)

Tatiana Alfonso (*profesora e investigadora del Instituto Tecnológico Autónomo de México e integrante de la Asamblea Consultiva del COPRED*)

Marcela Azuela (*Hogar Justo Hogar*)

Marcelina Bautista (*Centro de Apoyo y Capacitación para Empleadas del Hogar (CACEH) y del Sindicato Nacional de Trabajadores y Trabajadoras del Hogar (SINACTRAHO)*)

Ricardo Baruch (*especialista*)

Francisco López (*Karuna, Salud y Desarrollo, A.C.*)

Alain Pinzón (*VIHve Libre*)

Rebeca Ramos (*Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)*)

Claudia Calvín (*Mujeres Construyendo*)

ÍNDICE

Presentación	6
Prólogo	7
Introducción	13
Grupos de Atención Prioritaria (GAPs)	15
Resumen ejecutivo	18
Personas trabajadoras sexuales (PERTS)	44
Poblaciones callejeras	56
Personas LGBTIQ	68
Personas con discapacidad (PcD)	78
Personas mayores	92
Personas privadas de la libertad (PPL)	102
Personas migrantes y refugiadas	112
Niñas, niños y adolescentes (NNA)	126
Personas indígenas y afrodescendientes	140
Personas trabajadoras del hogar	150
Personas que viven con VIH	158
Mujeres	170

PRESENTACIÓN

El objetivo del presente informe es visibilizar los impactos diferenciados de covid-19 y las medidas adoptadas para hacerle frente, que han resentido algunos grupos de atención prioritaria.

Nos interesa reflejar la situación de desigualdad en la que las poblaciones se encontraban antes de la pandemia, y cómo se están profundizando y apartando aún más las brechas de desigualdad.

En el COPRED creemos que no pueden diseñarse medidas destinadas a promover la inclusión sin la consulta y participación activa de las poblaciones objetivo para el diseño de respuestas y propuestas de acciones y estrategias. Es por ello que este informe es resultado de la conversación con personas pertenecientes a los grupos de atención prioritaria y, en algunos casos y debido a la crisis sanitaria, con organizaciones de la sociedad civil que trabajan directamente con ellas.

Asimismo, consideramos que para la Ciudad de México resulta fundamental contar con una guía que proporcione orientación sobre cómo debemos actuar ante una crisis como la que ahora vivimos.

NO PODEMOS VOLVER A LA NORMALIDAD, PUES LA NORMALIDAD ERA EL PROBLEMA.

PARA VOLVER A LA VIDA COTIDIANA, TENEMOS QUE REFLEXIONAR COMO SOCIEDAD A QUÉ PARTES DE ELLA NO SOLO NO QUEREMOS, SINO QUE NO DEBEMOS VOLVER.

Ciudad de México
Agosto de 2020

PRÓLOGO

El 2020 nos enfrentó a un proceso global sin precedentes para la mayoría de las generaciones vivas. Una enfermedad grave, en muchos casos mortal y altamente contagiosa, se esparció por el planeta de manera veloz y sin mirar fronteras, nacionalidades, tonalidad de piel, ideología política o religiosa. El 23 de marzo de este año se decretó en México la Jornada Nacional de Sana Distancia, que implicó el distanciamiento social y una serie de medidas para contener la pandemia.

El distanciamiento implicó, por un lado, el confinamiento de las personas en sus hogares, lo que significó el cierre de escuelas y trabajos y con ello, la introducción de la telescuela y el teletrabajo y por otro, que las personas procuraran no estar a menos de 1 metro de distancia respecto de otras (lo que se ilustró con “Susana Distancia”). La jornada inició con 367 casos confirmados y cuatro defunciones. Entre las medidas para contener la pandemia, se indicó el lavado de manos y el uso de gel antibacterial; el cubrebocas se recomendó más tarde.

Estas medidas en apariencia son neutrales y se piensa que cualquiera debería poder cumplirlas; no obstante, pronto se develó la desigualdad que siempre estuvo allí y que nos obligó a verla a los ojos.

Muchas personas no podían realizar teletrabajo o tomar clases vía remota por carecer de las herramientas tecnológicas o el conocimiento que esto requiere. Muchas otras no podían simplemente “quedarse en casa”, pues el tipo de trabajo que realizan era esencial o vivían al día, y un día sin trabajo implica un día sin ingreso, lo que implica un día sin comida.

Otras personas, como las poblaciones callejeras, no tienen techo, ni pueden acceder fácilmente al agua. Las medidas de cierre de hoteles impactaron en poblaciones de trabajadoras sexuales, migrantes, familias en situación de calle, poblaciones LGBT precarizadas y otras que por prejuicios o marginación no pueden rentar un piso de manera permanente.

En general, se detectó que las medidas instauradas para hacer frente a la pandemia estaban generando impactos diferenciados en las poblaciones de atención prioritaria y que además se veían

cruzadas por los grupos de riesgo detectados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La precarización laboral en la Ciudad, aunada al enorme número de personas que se emplean en trabajos no asalariados e informales, obligó a muchas personas a seguir saliendo para subsistir.

En nuestro quehacer diario, en el COPRED distinguimos 3 grupos:

- Grupos de riesgo que ha señalado la OMS: personas mayores de 60 años o con alguna comorbilidad previa (diabetes, hipertensión, obesidad) mujeres embarazadas o en periodo de puerperio.
- Grupos de atención prioritaria reconocidos en el artículo 11 de la Constitución de la Ciudad de México, los cuales requieren de atención positiva desde una perspectiva de desigualdad estructural.
- Grupos en riesgo: personal de salud, personal de limpia o personal para la recolección de basura, entre otros.

De esta forma, empezamos a detectar los impactos diferenciados con una perspectiva interseccional, de visibilización y consulta para saber precisamente dónde poner el foco, entender el efecto de la interseccionalidad y conocer, y entender, los contextos, así como las necesidades y propuestas, por parte de las poblaciones directamente impactadas.

Así, además, se detectaron problemas transversales, pues se entrelazan las problemáticas de justicia distributiva con las de reconocimiento y participación. Por ejemplo, 46% mexicanos no tienen acceso a seguridad social, lo que incluye servicios de salud.

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la tasa de informalidad laboral en el primer trimestre de 2020 era del 56%. La Población Ocupada Informal, que agrupa todas las modalidades de empleo informal (sector informal, trabajo doméstico remunerado de los hogares, trabajo agropecuario no protegido y trabajadores subordinados que, aunque trabajan en unidades económicas formales, lo hacen en modalidades fuera de la seguridad social) sumaron 31 millones de personas.

Por grupo de género, 57.6% de las mujeres y 55.3% de los hombres trabajan en el sector informal; mientras que, por grupo de edad, 82.1% de jóvenes de 15 a 19 años y 72.5% de la población de 60 y más años participan en la informalidad; son los sectores con mayor participación. Esto claramente tiene impactos diferenciados por edad, pues además las personas mayores de 60 años son un grupo de riesgo.

De acuerdo con cifras de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo del INEGI, la tasa de participación en la fuerza laboral en abril de 2020 fue de 47.5%. Una disminución de 12.3 puntos porcentuales respecto a marzo de 2020.

Por otro lado, según datos de CEPAL se espera que el aumento de la tasa de desocupación en América Latina alcance el 11.5%, y la caída del PIB y el aumento del desempleo generaría casi 30 millones más de pobres.

Así, según la CEPAL, la desigualdad en México variará un 3% o más.

Durante el verano, el Programa Universitario de Estudios del Desarrollo (PUED) de la UNAM publicó un estudio donde concluye que se pasó de *22 a 32 millones de personas en condición de pobreza extrema*.

El volumen de personas en situación de pobreza extrema por ingreso habría alcanzado en mayo de 2020 la cantidad de 38 millones: 16 millones más que en febrero del mismo año.

Así pues, debemos entender que covid-19 era un virus democrático hasta que cayó en sociedades profundamente desiguales. Y precisamente esto nos muestra un estudio de Héctor Hernández, “Mortalidad por covid-19 en México. Notas preliminares para un perfil sociodemográfico”¹, quien precisamente destaca que quienes más mueren son las personas más marginadas social y económicamente:

- Con datos del Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (2020) se apunta la existencia de una importante selectividad de la mortalidad por algunas condiciones demográficas y socioeconómicas.

¹ Se puede consultar aquí: https://web.crim.unam.mx/sites/default/files/2020-06/crim_036_hector-hernandez_mortalidad-por-covid-19_0.pdf

- El 70% de los muertos por covid-19 son hombres.
- El 55.7% de las defunciones se concentran en la Ciudad de México y el Estado de México, y el 89 % en 11 entidades federativas.
- El 71% de los muertos por covid-19, tiene una escolaridad primaria o inferior (primaria incompleta, preescolar o sin escolaridad).
- Casi el 84% de los muertos por covid-19 se concentra en ocho categorías de empleo. Destacan los no remunerados: amas de casa, jubilados y pensionados, empleados del sector público, conductores de vehículos, profesionales – no ocupados–.
- Es notable que más de la mitad de las defunciones ocurrieron en unidades médicas para población abierta (genéricamente denominadas de la “Secretaría de Salud”, que pueden ser federales o pertenecientes a las secretarías de las distintas entidades federativas). La población que acude a estos establecimientos es aquella que no tiene cobertura médica ligada a un empleo formal.
- En las unidades privadas no han ocurrido ni el 3% de las muertes por covid-19.

Claramente, la desigualdad y los efectos económicos de la pandemia hacen un círculo perverso. No podemos hablar de la discriminación en términos exclusivamente económicos, pero es verdad que la discriminación y la desigualdad estructural impactan de manera diferenciada el acceso a oportunidades y, por ende, generan desigualdad económica.

De eso se trata este informe: de visibilizar estos impactos diferenciados que demuestran que la falta de distribución, de representación y de participación siguen siendo reivindicaciones indispensables para alcanzar la justicia social.

La brecha de desigualdad estaba ahí cuando la pandemia inició. Hoy, es más imperioso que nunca cerrarla. El acceso a la salud sigue estando obstaculizado por determinantes relacionados con la pobreza, la etnicidad, el género o la edad: la muerte sí discrimina.

El impacto de la pandemia generado por la desigualdad estructural no se debe a las características del grupo, sino a las condiciones desiguales de vida en que se encuentra.

En este informe ubicamos los siguientes hallazgos relacionados con las principales medidas de la Jornada Nacional de Sana Distancia:

1. NO TODOS/AS PUEDEN QUEDARSE EN CASA

Trabajadoras sexuales, trabajadoras del hogar, poblaciones callejeras, personas privadas de la libertad, migrantes, refugiados, albergues, instituciones psiquiátricas, personal de salud, empleo informal, servicios de limpieza, servicios esenciales.

2. NO PARA TODOS/AS LA CASA ES UN LUGAR SEGURO

Mujeres, niños, niñas y adolescentes, personas mayores, LGBT sobre todo jóvenes, trabajadoras del hogar, personas con discapacidad.

3. MUCHAS PERSONAS VIVEN EN COMUNIDAD, NO HAY OPCIÓN DE SANA DISTANCIA O AISLAMIENTO

Personas indígenas, afrodescendientes, poblaciones callejeras, migrantes, trabajadoras sexuales.

4. PERSONAS PARA QUIENES EL AGUA NO ES ACCESIBLE

Poblaciones callejeras, privadas de la libertad, instituciones de asistencia, migrantes, personas en situación de pobreza.

5. PERSONAS QUE NO PUEDEN ADQUIRIR SANITIZANTE, CUBREBOCAS, JABÓN, ALIMENTACIÓN BALANCEADA

Personas en situación de pobreza, personas desempleadas, privadas de la libertad, en instituciones de asistencia.

6. PERSONAS QUE VIVEN CON ALGUNA ENFERMEDAD PREVIA O CONDICIÓN DE SALUD Y NECESITAN ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD/TRATAMIENTOS

Personas embarazadas, niñas y niños, personas trans, personas que viven con VIH, personas con discapacidad, personas mayores.

La Jornada Nacional de Sana Distancia concluyó el 1 de junio, con 9 mil 779 muertes y 87 mil 512 casos confirmados de covid-19 en el país, de acuerdo con la actualización de la Secretaría de Salud del sábado previo.

Mientras esta publicación se cierra, la Ciudad de México continúa en semáforo naranja, y a nivel nacional **hay 59 mil 610 defunciones y 549 mil 734 casos confirmados de covid-19²**.

GERALDINA GONZÁLEZ DE LA VEGA
PRESIDENTA DEL CONSEJO PARA PREVENIR LA
DISCRIMINACIÓN DE LA CDMX

² Cifra actualizada al 21 de agosto de 2020. Conferencia vespertina de la Secretaría de Salud federal.

INTRODUCCIÓN

Covid-19 es una enfermedad respiratoria infectocontagiosa, detectada por primera vez en diciembre de 2019. El 11 de marzo de 2020 se convirtió en una pandemia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), y a mediados del mes de agosto se contabilizaron 767 mil 935 muertes en todo el planeta.

En México, tanto el gobierno federal como el de la Ciudad de México iniciaron el 23 de marzo una Jornada de Sana Distancia y a partir del 31 de marzo, se acordó la reducción de las actividades públicas, privadas y sociales.

Covid-19 no discrimina; sin embargo, las estrategias de prevención como el distanciamiento social, opciones de teletrabajo, reclusión con la familia, alimentación y estilo de vida saludables, acceso a servicios de salud, sólo están al alcance de las personas más privilegiadas dentro de las comunidades. Lo mismo sucede con el acceso a derechos, servicios e información.

Es importante distinguir entre los grupos de mayor riesgo sanitario de contagio, señalados por las autoridades de salud, como personas mayores o con condiciones de salud previas, y los grupos de atención prioritaria (GAP), reconocidos en el artículo 11 constitucional, sin perder de vista las interseccionalidades y los cruces entre unos y otros.

Esta pandemia no es solo una crisis sanitaria. Sus consecuencias a mediano y largo plazo en aspectos económico, social, cultural, personal y familiar no tendrán precedentes. Se ha puesto a prueba al Estado democrático, pues el acceso a los derechos (a la salud, a la información, a una vida libre de violencia, al trabajo, entre muchos otros) se ha visto obstaculizado y en muchos casos, violentado.

En este sentido, no se puede perder la perspectiva de los impactos diferenciados que viven las poblaciones prioritarias con la pandemia. ¿Cómo quedarse en casa? ¿Cómo lavarse las manos? ¿Cómo alimentarse sanamente y adoptar estilos de vida saludables? ¿Cómo dejar de buscar un ingreso? ¿Cómo guardar la sana distancia?

Desde el COPRED buscamos visibilizar los contextos en que algunos grupos de atención prioritaria se encuentran durante la pandemia y a partir de ello, generar algunas propuestas y consideraciones junto con organizaciones de la sociedad civil que trabajan directamente con las poblaciones.

GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA

La Ciudad de México se reconoce como una ciudad progresista, innovadora y de derechos, por lo que su Asamblea Constituyente redactó una Constitución Política en la que se organiza al gobierno local desde una visión de inclusión y desarrollo, fundamentada en el principio de dignidad y respeto y garantía de los derechos humanos de todas las personas que aquí viven y transitan. En este sentido, establece en su capítulo I los principios de interpretación y aplicación de los derechos humanos, entre ellos el de igualdad y no discriminación, al señalar que:

- Se garantizará la igualdad sustantiva a través de medidas de nivelación, inclusión y acción afirmativa.
- Se prohibirá cualquier forma de discriminación, ya sea por objeto o por resultado.

El ordenamiento fundamental de la Ciudad de México, además, contiene dos cláusulas de igualdad: aquella que prohíbe los tratos arbitrarios a través de la prohibición de la discriminación y aquella que reconoce que existen grupos en situación de vulnerabilidad histórica que requieren, para su inclusión social, de medidas positivas por parte de todos los entes y órganos de gobierno.

Ambas cláusulas son abiertas en virtud de que no se ciñen sólo a un listado de categorías o grupos de protección, sino que garantizan la igualdad “sin distinción por cualquiera de las condiciones de diversidad humana”, prohíben la discriminación por cualquier motivo más allá de los explícitamente enumerados y vinculan de manera directa a todas las autoridades para implementar medidas positivas que tiendan a la inclusión, remoción de obstáculos para el ejercicio de derechos y erradicación de las violencias. En este sentido, en el artículo 11 reconoce a grupos de población que enfrentan dificultades para el pleno ejercicio de sus derechos humanos y que han sido y son históricamente víctimas sistemáticas de actos de discriminación, exclusión y violencia.

Estos grupos, llamados de atención prioritaria (GAPs) –mujeres; niñas, niños y adolescentes; personas jóvenes; personas mayores; personas con discapacidad; personas de la diversidad sexual; personas migrantes; personas víctimas; personas en situación de calle; personas privadas de la libertad; personas que residen en instituciones de asistencia social; personas afrodescendientes; personas indígenas y minorías religiosas– son visibilizados por la Constitución local, que establece la garantía de su atención preferente para que gocen del pleno ejercicio de sus derechos

y se eliminen progresivamente las barreras que impiden el efectivo reconocimiento, ampliación, respeto, protección y garantía de sus derechos humanos.

No hay que perder de vista que los GAPs reconocidos en la Constitución local son solamente una muestra no exhaustiva de los grupos que históricamente han sido excluidos, obstaculizados en el acceso a sus derechos, limitados en su acceso a oportunidades y violentados. La interpretación de los GAPs en la Ciudad de México debe hacerse desde una perspectiva interseccional, es decir, tomar en consideración la diversidad de experiencias e identidades y los cruces que pueden darse entre grupos y contextos.

La **interseccionalidad** es un concepto desarrollado por Kimberle Crenshaw³ como crítica a las “identity politics”, que fallan en percibir o ignoran totalmente las diferencias intergrupales y las distintas dimensiones de la subordinación que viven las mujeres.

El concepto pretende explicar que las experiencias se viven de manera diversa, aunque se pertenezca a un grupo sometido (por ejemplo: la violencia que sufren las mujeres blancas y mujeres de color difiere dependiendo de su pertenencia étnico-racial, y muchas veces de su clase social). Crenshaw se enfoca en la consideración interseccional de las identidades, y explica que ignorar esas diferencias intragrupalas contribuye a la tensión dentro de los grupos. El punto de partida de la autora fue la relación entre racismo y sexismo en la discriminación que sufren las mujeres afroamericanas; sin embargo, hoy en día, el concepto de interseccionalidad se aplica a la múltiple discriminación por múltiples situaciones, categorías, identidades o pertenencias a grupos sometidos.

Desde esta perspectiva hemos añadido tres grupos a este informe que no están explícitamente reconocidos en el artículo 11 de la Constitución local, pero que definitivamente forman parte de grupos históricamente excluidos y violentados: personas trabajadoras sexuales, trabajadoras del hogar y personas que viven con VIH.

Principios y guías para la acción:

De acuerdo con la Guía Práctica de Respuestas Inclusivas y con Enfoque de Derechos ante el covid-19 en las Américas, publicada por la OEA⁴, para que las respuestas ante la crisis sanitaria sean inclusivas se requiere que sean diseñadas, implementadas y evaluadas con enfoque de derechos humanos, y prestando especial atención a grupos en situación de vulnerabilidad o

³ Ver su texto: *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color*. *Stanford Law Review* 43 (6):1241-99 (1991).

⁴ Guía Práctica de Respuestas Inclusivas y enfoque de Derechos ante COVID-19 en las Américas http://www.oas.org/es/sadye/publicaciones/GUIA_SPA.pdf

GAPs. Desde una perspectiva de diseño universal, se entiende que lo que sirva para los GAPs, servirá para toda la ciudadanía.

La OEA propone los siguientes puntos:

- Desarrollar información y comunicaciones accesibles e inclusivas de manera transversal.
- Diseñar e implementar medidas de salud accesibles, y con enfoque de derechos.
- Diseñar e implementar medidas de reducción de impactos económicos focalizadas en la población más vulnerable.

Así mismo, la Guía de referencia, menciona las siguientes claves de una respuesta integral a la emergencia:

- Transversalidad de las medidas
- Accesibilidad universal
- Enfoque interseccional de la respuesta

Finalmente, recomienda que la adopción de medidas se fundamente en principios con un enfoque de derechos humanos:

- No discriminación
- Disponibilidad: de bienes, servicios, espacios.
- Accesibilidad: física, de información y comunicaciones, de movilidad, económica (asequibilidad), de infraestructura, etcétera.
- Aceptabilidad: consentimiento libre e informado, resguardo de la ética y respeto de la integridad humana, y de factores culturales, lingüísticos, de género, biopsicosociales y de edad.

La Constitución Política de la Ciudad de México, en el mismo sentido, establece que para la interpretación de los derechos humanos se deberán atender los siguientes principios:

- 1.** La universalidad, interdependencia, indivisibilidad, complementariedad, integralidad, progresividad y no regresividad son principios de los derechos humanos.
- 2.** Los derechos humanos son inalienables, imprescriptibles, irrenunciables, irrevocables y exigibles.
- 3.** En la aplicación e interpretación de las normas de derechos humanos prevalecerá el principio pro persona.

4. En la aplicación transversal de los derechos humanos, las autoridades atenderán las perspectivas de género, la no discriminación, la inclusión, la accesibilidad, el interés superior de niñas, niños y adolescentes, el diseño universal, la interculturalidad, la etaria y la sustentabilidad.

A continuación, presentamos por escrito las conversaciones llevadas a cabo durante los meses de mayo y junio de 2020 con organizaciones de la sociedad civil y poblaciones pertenecientes a grupos de atención prioritaria.

Todas las observaciones, reflexiones, críticas, propuestas, recomendaciones y soluciones son de las personas que participaron en dichos conversatorios.

En el COPRED privilegiamos la consulta y participación activa en el diseño, implementación, ejecución y evaluación de medidas que impacten directamente en grupos de atención prioritaria. En este sentido, este informe es el reflejo de lo que conversaron con nosotras las mismas poblaciones y las organizaciones que con ellas trabajan.

El COPRED es su canal de comunicación.

RESUMEN EJECUTIVO

En el escenario de la pandemia por covid-19, sabemos que hay poblaciones que sufrirán de manera mucho más grave las consecuencias de la Jornada de Sana Distancia, de la suspensión de actividades no esenciales y del confinamiento en los hogares de muchas personas.

Debido a la ausencia de vacunas, medicamentos y curas para covid-19, la propuesta desde los gobiernos e instancias internacionales ha sido el resguardo: prevenir el contagio evitando el contacto. Eso impacta de manera directa a muchos oficios, profesiones y servicios. En primer lugar, quienes requieren contacto: dentistas, estilistas, masajistas o trabajadoras sexuales y muchos otros. Y en segundo, aquellas actividades que fueron clasificadas, tanto por el gobierno federal como por el de la Ciudad de México, como no esenciales, entre ellos los hoteles, vapores, o estéticas.

Esto tiene impactos muy graves en las vidas de las personas que se dedican al trabajo sexual (PERTS) en calle, pues su labor requiere de contacto con el cliente y, además, se realiza en hoteles, moteles o vapores. Ante la emergencia sanitaria, las PERTS no pueden salir a trabajar y aunque se lo propongan, como muchas otras personas que viven al día y no pueden quedarse en casa, la clientela ha bajado considerablemente por el riesgo de contagio de la covid-19.

Las PERTS en calle son una de las poblaciones en situación de mayor precariedad. De acuerdo con una encuesta elaborada por el COPRED, muchas de ellas han migrado a la Ciudad de México desde otros estados de la República, predomina una escolaridad media de bachillerato y cerca de la mitad son mujeres trans. La mayoría trabaja más de 40 horas a la semana y tiene un promedio de ingresos de entre 500 y 3000 pesos. Además, la mayor parte tiene entre dos y tres dependientes económicos.

Para las personas que ejercen el trabajo sexual en cualquier modalidad existe una correlación entre la baja de clientes y el aumento de riesgo en su salud como en su seguridad, pero para las PERTS en calle esto es aún más grave, porque las golpean más la precariedad y la marginación. Esto debido a que también forman parte de varios grupos históricamente excluidos: mujeres, personas LGBT, migrantes, indocumentadas, parte de poblaciones callejeras, indígenas, afrodescendientes, inmunocomprometidas, personas mayores, con condiciones de salud y adicciones, discapacidad y pobreza.

Esta múltiple vulnerabilidad influye en los riesgos que están dispuestas a asumir con tal de obtener algún ingreso para sí mismas y sus dependientes. Al bajar la clientela, el centro de la negociación cambia: las PERTS aceptan clientes, condiciones y pagos que no aceptarían en condiciones normales. Esto eleva los riesgos a su salud y seguridad de manera exponencial, pero cuando ponen sus prioridades inmediatas en la balanza, pesa más la necesidad de tener un ingreso para pagar sus gastos y sobrevivir, que cuidar su salud. Hay poblaciones en las que el confinamiento es un privilegio al que no pueden acceder.

Muchas de ellas pagan su cuarto diariamente, y al no tener ingresos, son orilladas a vivir en la calle. Por el cierre de hoteles, muchas están hoy en busca de otro espacio para vivir. Otras están viviendo en la calle porque no hay opciones. En una época en donde todas las personas somos sospechosas de contagio, algunos de quienes ofertaban cuartos en renta no lo hacen más por miedo a que alguien pueda traer la enfermedad.

Además, al prohibirse las actividades no esenciales y cerrarse los espacios donde las PERTS trabajan o se reúnen, se les orilla a la ilegalidad y la clandestinidad. A la ilegalidad porque al no haber espacios privados para el ejercicio del trabajo sexual, muchas se verán obligadas a hacerlo en espacios públicos, en plazas o parques o al interior de automóviles, lo que les expone a faltas a la Ley de Cultura Cívica, con la consecuente detención y multa o arresto. De acuerdo con las encuestadas, casi el 70% ha sufrido violencia institucional.

Además, la exposición a la enfermedad las pone en riesgo a ellas y a sus dependientes, que, de acuerdo con la encuesta del COPRED, son dos o tres, generalmente personas mayores y niños o niñas. El riesgo para todas esas familias es mayor, pues por su situación de precariedad, su salud puede estar comprometida por baja nutrición y falta de acceso a servicios de salud. Solamente el 30% de las PERTS tienen seguridad social (contando el seguro popular), por lo que el 70% tiene que “trabajar más” para atender sus problemas de salud. Esto no será viable en tiempos de sana distancia.

En la Ciudad de México existe trabajo sexual en todas las alcaldías; sin embargo, hay mayor concentración de PERTS en algunos puntos, como la Calzada Ignacio Zaragoza, Santa Cruz Meyehualco, Avenida Ermita Iztapalapa, el corredor Vallejo, Avenida Cuitláhuac, La Merced, Eduardo Molina, Calzada de Tlalpan, San Antonio Abad, Avenida Tláhuac, Puente de Alvarado, Zona Rosa, Avenida Insurgentes, Sullivan, Ejército Nacional y Marina Nacional. Las alcaldías Cuauhtémoc, Azcapotzalco, Gustavo A. Madero, Benito Juárez e Iztapalapa son las que concentran más zonas de trabajo sexual.

Las PERTS que trabajan en calle resentirán de manera más grave los embates de la pandemia, y desde una perspectiva interseccional, porque forman parte, al mismo tiempo, de varios grupos de atención prioritaria que obligan a la acción, en una ciudad que reconoce el principio de igualdad, con una mirada incluyente, y garantiza la atención prioritaria de las personas que enfrentan discriminación, exclusión, maltrato, abuso, violencia y mayores obstáculos debido a desigualdades estructurales.

En una emergencia como la que vivimos, las poblaciones callejeras también podrían terminar en la última fila por una discriminación estructural a la que se han enfrentado durante años. La Constitución de la Ciudad de México, en su artículo 11, reconoce a las personas en situación de calle como un grupo de atención prioritaria y garantiza la protección de todos sus derechos. Sin embargo, frente a la pandemia, son parte de las poblaciones que se encuentran en mayor vulnerabilidad y que se enfrentan a impactos diferenciados, pues la situación actual se suma una condición histórica de desventaja, estigmatización, discriminación y hasta criminalización. Estas situaciones son consecuencia de violencias extremas, tanto individuales como estructurales.

Se calcula que 4 mil 354 personas viven en el espacio público, mientras que 2 mil 400 permanecen en albergues públicos o privados. Estas son poblaciones diversas conformadas por niñas, niños, jóvenes, adolescentes, personas mayores, personas trans, personas con discapacidad y diversos problemas de salud y adicciones.

Estos son los momentos más complicados, donde se prioriza la vida, y nos olvidamos de que hay otros grupos de población que necesitan protección. El Estado tendría que garantizar, frente a la pandemia, su derecho a la vida. Necesitan la protección del Estado porque tienen condiciones más complicadas que otras personas.

Una de las complejidades para las poblaciones callejeras es que por lo regular, se encuentran ante medidas excluyentes, que se diseñan a partir del planteamiento de quién puede “quitarse” para que la protección alcance, en lugar de cuestionarse qué es necesario hacer para lograr ese resultado. Estas políticas que no están pensadas para la protección de todas y todos no necesariamente se deben a una perversión de fondo, sino a la falta de conocimiento de este fenómeno.

Estos colectivos, en lo cotidiano, no se encuentran en un aislamiento absoluto: tienen interacciones con la comunidad, muchas veces con personas solidarias, como comerciantes a quienes ayudan a instalarse,

acarrear agua o tirar basura como una manera de conseguir recursos económicos para vivir. ¿Qué pasa, entonces, cuando la principal medida ante la pandemia es #QuédateEnCasa? Quienes les apoyan de manera cotidiana empiezan a cumplir esa recomendación, y esas interacciones que les permitían tener recursos se desvanecen. A eso se suma el cierre de los hoteles, que vuelve a arrojar a la calle a aquellas personas que, por diferentes razones, habían buscado resguardo ahí.

Además, uno de los grandes problemas para estas poblaciones es que tienen muy poco acceso a la salud. Si acuden por su cuenta a un servicio médico, es altamente probable que no les atiendan porque no cuentan con seguro, además de que muchas veces sus condiciones de salud están lejos de ser óptimas. Las desigualdades para estos grupos también pasan por el derecho al agua y el acceso a servicios sanitarios, que de por sí son complejos para ellos, pero se agraven en esta época de contingencia.

Otro de los impactos para las poblaciones callejeras es el incremento de actos discriminatorios hacia los colectivos con actividades de supuesta “desinfección”, en las que incluso se les ha llegado a arrojar cloro, lo cual lejos de protegerles, termina enviando un mal mensaje. A todo ello se suma su alta vulnerabilidad a ser institucionalizados de manera forzada, los impactos específicos del contexto actual en niños y niñas a nivel psicosocial, así como la idea de que se puede tutelar, cuestionar o rechazar el derecho a la maternidad de las mujeres que viven en calle. Ante todas estas situaciones, es imprescindible un “traje a la medida” en materia de atención para estas poblaciones, desde un marco que garantice sus derechos humanos y les haga saber que merecen ser bien tratados.

Ante esto, El Caracol echó a andar la Campaña SOS en las calles por el derecho a la salud de las poblaciones callejeras frente a la pandemia de covid-19, mediante la distribución de una postal informativa que describe qué es el coronavirus, los indicadores de salud, medidas de protección y los hospitales a dónde pueden acudir, con un lenguaje sencillo; talleres informativos rápidos, distribución de agua para enseñar la técnica del lavado de manos, así como gel y jabón líquido en bolsas pequeñas, cubrebocas y toma de temperatura.

Sin embargo, es importante recordar que, para estas poblaciones, la desventaja no terminará con el fin de la cuarentena. Que alguien llegue a la calle es una derrota social porque falla toda la estructura de protección. Es necesario, por lo tanto, diseñar estrategias que permitan que las

poblaciones callejeras puedan volver a confiar en las instituciones, en sí mismas y en nuevas oportunidades.

¿Cómo se agrava, por otro lado, la situación de las personas LGBTTI en un contexto de pandemia como el que vivimos, en el que niños, niñas y adolescentes (NNA) quedan expuestos al rechazo en el seno de la estructura donde particularmente ahora deberían encontrar apoyo, refugio y una convivencia sana?

La Encuesta Nacional de Discriminación (ENADIS) 2017 señala que el porcentaje de población de 18 años y más que opina que en el país se respetan poco o nada los derechos de las personas trans es de 72%, y el de las personas gays o lesbianas 66%. Además, el porcentaje de la población de 18 años y más que declaró que justifica poco o nada que dos personas del mismo sexo vivan juntas como pareja en la Ciudad de México es del 40.5%.

En tanto, la Encuesta sobre Discriminación en la Ciudad de México (EDIS) 2017 consigna que el 84% de la ciudadanía indicó que se discrimina a las personas de preferencia u orientación sexual distinta a la heterosexual; la percepción de discriminación hacia personas transexuales y transgénero fue de 74.1%, y 79.7%, respectivamente.

Lo anterior refleja el alto grado de fobia, violencia, estigmatización, exclusión social y discriminación de la que son objeto las personas que no se ajustan a las normas sociales impuestas, incluidos los conceptos de masculinidad o feminidad, los roles sociales, así como las responsabilidades o vínculos relacionados con el género construido. La intersección etaria de NNA LGBTI les ubica en una mayor situación de vulnerabilidad, pues por prejuicios, falta de información y miedo, varios entornos familiares y redes cercanas les hacen creer desde muy temprana edad que ser homosexual o trans es anti-natural, vergonzoso y malo.

La Encuesta sobre Discriminación por motivos de Orientación Sexual e Identidad de Género ENDOSIG señala que la figura familiar que más se disgusta y rechaza la identidad de género no hetero/cis normativa es el padre, en un 69.3% de las veces, seguido de la madre, con un 63%, y las hermanas y hermanos, con un 42.3.

Si de por sí las condiciones de violencia que viven los NNA LGBTI son preocupantes, las medidas de distanciamiento y confinamiento social para evitar la propagación del covid-19 pueden hacer que éstas se agraven, pues les coloca en el riesgo de convivir de manera constante con sus agresores.

El estrés y la frustración, combinados con el aislamiento, pueden tener repercusiones serias, por la violencia física, emocional o psicológica a la que pudieran estar expuestos. Sólo para el corte al 7 de abril, el Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de la Ciudad de México reportó que, con respecto a abril del año pasado, los niveles de violencia familiar aumentaron en un 43%.

En el contexto de la pandemia por covid-19, es fundamental recordar la importancia de erradicar toda forma de intolerancia, odio, discriminación y violencia hacia la población LGBTI, con énfasis en el bienestar de NNA. Es esencial respetar en todo momento su libre desarrollo a la personalidad e identidad, así como atender los impactos diferenciados que tienen las medidas por la contingencia sanitaria en las poblaciones de la diversidad sexual y de género.

Por otro lado, el 17 de marzo, en respuesta a un amparo promovido por la Coalición de Personas Sordas de la Ciudad de México (CoPeSor), el Tribunal Décimo Tercero de Distrito en materia administrativa de la capital ordenó a las autoridades tomar las medidas necesarias para hacer accesible la información sobre covid-19 a toda la población de manera inmediata, mediante la incorporación de interpretación a Lengua de Señas Mexicana.

Esto es parte de los impactos diferenciados que las personas con discapacidad (PcD) han tenido que enfrentar ante las medidas derivadas de la pandemia por covid-19, en un contexto de desventaja histórica que se ha perpetuado mediante la reproducción de diversos mitos: que las PcD son un sector aparte, que la discapacidad es una enfermedad, que hay que mirarla desde una perspectiva asistencialista o que debe corregirse porque la norma es ser productivo al máximo o “perfectamente” capaz (capacitismo).

Como en el caso de otros grupos de atención prioritaria, la pandemia de covid-19 atrae el foco a todas las fallas que ya existían antes, como un sistema de salud que discrimina. Por ello, nos obliga a pensar en los conceptos de diversidad e inclusión, para que cuando retomemos nuestras actividades ordinarias o volvamos a la “nueva normalidad”, trabajemos en construir una realidad distinta. Una realidad que se refleje en presupuestos adecuados, más allá de las buenas intenciones. Una realidad que mire a la discapacidad desde una perspectiva social, humanista y de derechos.

La Constitución de la Ciudad de México reconoce en su artículo 11 los derechos de las personas con discapacidad y establece la necesidad

de implementar un sistema de salvaguardias y apoyos en la toma de decisiones, que respete su voluntad y capacidad jurídica. De la misma forma, obliga a promover la asistencia personal, humana o animal para su desarrollo en comunidad, así como a adoptar las medidas necesarias para el ejercicio integral de sus derechos, garantizando los principios de inclusión y accesibilidad, y considerando el diseño universal y los ajustes razonables.

Sin embargo, la constante discriminación a la que están expuestas las PcD comienza desde el acceso a la información, pues la mayoría de los medios de comunicación no cuenta con ajustes accesibles para ellas. El amparo de CoPeSor reafirma que la información es un derecho, no una exigencia que rebase lo razonable. Hoy, algunas PcD no cuentan tampoco con medidas de inclusión en las plataformas de educación a distancia, por ejemplo. En tanto, las PcD visual no siempre pueden tener acceso a cualquier página web.

Además, la reproducción de mitos y estereotipos impide pensar en los cuerpos de las PcD o conduce a asumir que siempre cuentan con una red de apoyo, o que viven y se trasladan acompañadas. En el caso de las personas con discapacidad, es necesario también tomar en cuenta la transversalidad de otros factores, así como la necesidad que muchas de ellas tienen de darle continuidad a rehabilitaciones, terapias o sesiones de apoyo psicológico, y las dificultades que podrían enfrentar por la falta de recursos económicos suficientes.

La pandemia puede afectarles más gravemente por las medidas de aislamiento y el acceso a servicios médicos, con las que se rompe la cotidianidad en un momento en el que, especialmente, debería haber un seguimiento a su salud. Su acceso a este derecho pasa, además, por un tema de capacitación al personal médico.

En el caso de las personas con discapacidad psicosocial esto puede agravarse por otras variantes como la falta de vivienda digna, las comorbilidades o la debilidad inmunológica y otros problemas de salud asociados a la ingesta vitalicia de tratamientos farmacológicos. Algunas de ellas incluso llegan a rechazar la opción de la atención médica porque han vivido experiencias de violencia psiquiátrica.

En tanto, las personas que se encuentran institucionalizadas están doblemente expuestas a violencias sexuales, así como a la falta de vigilancia en nutrición y alimentación. En los albergues informales, este riesgo es todavía mayor.

A todo ello se suma la perspectiva que tiende a infantilizar a las PcD, en lugar de considerarlas personas plenas de derechos, lo cual incluye también contemplar su participación y consulta para saber cuáles son las medidas que a ellas les funcionan, y les son útiles y accesibles. Los apoyos económicos por sí solos no resuelven sus necesidades; la posibilidad de un ejercicio integral de sus derechos, sí.

Es indispensable pensar la discapacidad desde una perspectiva de equidad en el acceso a los derechos, accesibilidad y diseño universal. Además, a las mujeres que viven con esta condición es necesario respetarlas en las decisiones sobre su sexualidad, su cuerpo y su maternidad.

Frente a covid-19, resulta entonces necesario considerar medidas que atiendan los impactos diferenciados que enfrentan las PcD mediante la reducción del número de personas institucionalizadas; la eliminación de la discriminación en el acceso a la información pública, pruebas y atención médica de calidad y oportuna; el apoyo comunitario: ayuda entre pares, servicios de comunidad y desmedicalización; la garantía del acceso a la información y servicios de protección para personas en situación de violencia doméstica, de calle, usuarios de drogas u otra de desprotección social, y la participación e inclusión de las PcD y sus organizaciones en los mecanismos de respuesta estatal, así como en el monitoreo de entornos institucionales.

El Artículo 11 de la Constitución Política de la Ciudad de México también considera a las personas mayores como un grupo de atención prioritaria y reconoce sus derechos a servicios de salud especializados y cuidados paliativos, así como a una pensión económica. Mandata el establecimiento de un sistema integral para su atención, que prevenga el abuso, abandono, aislamiento, negligencia, maltrato, violencia y cualquier otra situación que implique tratos que atenten contra su seguridad e integridad.

En esta capital, las personas mayores suman 1 millón 200 mil; de ellas, cerca de 600 mil no cuentan con una pensión económica ni con seguridad social para mantener una buena calidad de vida. En tanto, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores no ha sido firmada ni ratificada por México.

La pandemia de covid-19 ha visibilizado a las personas mayores, cuando generalmente se enfrentan a la situación opuesta. Sin embargo, el

periodo de encierro genera muchas consecuencias, porque el abandono estructural en el que ya vivían se acentúa. Tanto la covid-19 como ese abandono pueden resultar fatales.

Las personas mayores están expuestas a diversas variables que les ponen en riesgo: condiciones de salud preexistentes como enfermedades cardiovasculares, respiratorias y diabetes; desgaste del organismo por envejecimiento, lo que dificulta a su sistema inmunológico enfrentar la enfermedad, y además la soledad y el aislamiento como condición estructural que viven muchas de ellas y que juegan un papel importante frente a su capacidad de respuesta a la covid-19.

Es indispensable también considerar que gran parte de las personas mayores no tiene contacto con su familia o vecinos, o vive situaciones de violencia familiar. El estado de emergencia acentúa el desproporcionado abandono y descuido en que viven, porque pueden ser vistas como foco de infección y rechazadas. Además, las instituciones están cerradas.

A ello se ha sumado que en el acceso al derecho a la salud y servicios de emergencia, pueda priorizarse a las personas jóvenes, mientras que las mayores enfrentan dificultades y obstáculos para acceder a estos. El Comité de Derechos Humanos Ajusco ha documentado casos de maltrato, y ha puesto particular énfasis en la violencia hacia las mujeres mayores, para quienes se agrava la incertidumbre moral, económica, cultural y de salud de este sector.

La cultura clientelar y de desprecio a la vejez ha obstaculizado la posibilidad de que las personas mayores encuentren un vehículo de articulación para hacer un frente común, a lo que se suma la escasez de organizaciones especializadas en los derechos humanos de este grupo. La falta de respuesta de los sistemas de salud que se ha evidenciado en todo el mundo puede agravar estas condiciones.

En este contexto, particularmente, las personas mayores pueden ser víctimas de discriminación, cuando se les niega el acceso a los cuidados necesarios o se refuerza el estigma de que representan una carga económica, así como cuando las restricciones para evitar el contagio van, al mismo tiempo, en contra de su participación de la vida en comunidad, aislándolas o expandiendo prejuicios en torno a ellas.

Ante este panorama, conviene recordar y retomar las recomendaciones de la Organización de los Estados Americanos (OEA) para la atención a las personas mayores: propiciar los recursos necesarios por parte de los estados, pautas e información a los equipos de salud con especial

énfasis en el combate al estigma; generar y protocolizar mecanismos de prevención que eviten acciones negligentes o prejuiciosas; generar información estadística con el propósito de saber cómo han sido afectadas por la covid-19; garantizar que se cumplan plenamente sus derechos, poniendo énfasis en el derecho a la salud, la dignidad y la participación; información precisa y adecuada, así como tener en cuenta acciones necesarias para que el derecho a la salud no se imponga sobre la dignidad de las personas.

De la misma forma, resulta indispensable atender especialmente a quienes se encuentran en alguna condición particular de desigualdad estructural y discriminación, como tener una discapacidad, ser migrante, vivir en calle o ejercer el trabajo sexual; generar supervisión de los precios de productos de primera necesidad; promover medidas especiales de protección en situación de violencia, abuso y maltrato; atender situaciones de personas mayores con pérdida de autonomía y no suspender servicios indispensables, así como generar mecanismos para garantizar la seguridad económica y la sustentabilidad alimentaria.

Suele decirse que una sociedad esconde en sus prisiones los problemas que no quiere ver. Quizá por eso la situación y los derechos de las personas privadas de la libertad también son temas que han permanecido invisibilizados desde hace años, mucho tiempo antes de que covid-19 siquiera apareciera en el escenario.

Hoy, los impactos diferenciados de la pandemia implican para estas poblaciones que los obstáculos que cotidianamente enfrentan para acceder a servicios y a sus derechos se vean magnificados y multiplicados, pues muchas veces no tienen siquiera la posibilidad de implementar las medidas de prevención, como el distanciamiento, la higiene o el lavado de manos.

En México hay más de 200 mil personas en reclusión; de ellas, 45% de las mujeres y 37% de los hombres aún no tienen una sentencia, lo que significa que aunque no estén condenadas por ningún delito, enfrenten ahora la posibilidad de una condena inminente de muerte. De entre las personas privadas de su libertad, 10 mil 458 son mujeres, un 5% que, al ser minoría dentro de la invisibilidad general, permanece aún más invisibilizado.

De acuerdo con datos recuperados por Equis Justicia, cuatro de cada 10 prisiones en México tienen problemas de sobrepoblación, lo que implica que el 46% de las personas privadas de la libertad comparte

celda con más de cinco personas. El caso más grave se da en el Estado de México, donde un 37% comparte la celda con más de 15 personas.

A estas condiciones de hacinamiento se suman los ya mencionados factores que incrementan el riesgo de contagio sanitario en general, es decir, personas mayores de 50 años, que en los reclusorios representan el 11%, así como un alto porcentaje que tienen enfermedades identificadas como comorbilidades en caso de covid-19: diabetes, hipertensión y otras afecciones cardíacas y del sistema inmunológico.

Y no sólo eso, su acceso a condiciones de higiene y limpieza es muy reducido: 30% de las personas privadas de la libertad no tiene acceso a agua potable en sus celdas y 92% no recibe artículos para este propósito por parte de las autoridades. Quienes llegan a contar con ellos es gracias a sus familias, que les sostienen durante su tránsito por el sistema penitenciario.

Los impactos diferenciados para estas poblaciones sólo se suman unos sobre otros: hasta ahora, la medida más recurrente dentro de los reclusorios ha sido reducir las visitas familiares, lo cual puede ser muy grave para las personas privadas de la libertad, pues muchos de sus recursos materiales y económicos los obtienen a través de estas. Por otro lado, esto representa también un doble castigo y un aislamiento más profundo, que puede tener graves consecuencias para la salud mental.

La crisis y la situación que hoy enfrentan quienes permanecen en reclusorios siguen sin ser conocidas de manera integral por toda la sociedad. Especial mención merecen las mujeres, ese 5% aún más invisibilizado que en muchas ocasiones enfrenta más grandes dificultades para acceder a servicios básicos, educación y trabajo; la mayoría han sido víctimas de violencia, 70% son madres —la mayor parte, solteras— y en muy escasas ocasiones son ellas las protagonistas del delito. A ello se pueden añadir otras intersecciones, como ser mujeres indígenas, vivir con una discapacidad o ser parte de la comunidad LGBTI.

En los 10 centros penitenciarios de la Ciudad de México, alrededor de 460 personas se autoadscriben como LGBTI. La mayoría de ellas ya se encuentran en un estado de abandono, sin redes de soporte ni nexos familiares incluso antes de llegar a prisión. Una gran parte son trabajadoras sexuales y fueron expulsadas de sus hogares en la adolescencia o juventud. Entre ellas, la media de delito es el robo simple, lo cual habla también de su precarización económica, tal como lo ha documentado *Almas Cautivas*.

Las mujeres trans permanecen aún en la periferia de los derechos y en el centro de la violencia, lo cual solo se agrava y maximiza dentro de las prisiones, donde la atención a la salud es uno de sus principales derechos vulnerados, pues ni siquiera cuentan con el acceso a sus tratamientos hormonales. A esto se suman los estigmas y la percepción social hacia las personas privadas de la libertad, así como las medidas de restricción que se toman ante la pandemia, que en ocasiones pueden al mismo tiempo restringir los derechos de las personas y condenarlas a un doble aislamiento.

En el caso de las personas privadas de la libertad, además, los impactos diferenciados de la covid-19 no estarán limitados al interior de las prisiones, sino que se ampliarán a aquellas personas recién liberadas que busquen reinsertarse a la sociedad, mucho más durante la etapa a la que se ha llamado “nueva normalidad”. Las consecuencias laborales, económicas y sociales de la pandemia en el futuro nos obligan a preguntarnos a qué se enfrentarán las personas recién liberadas, en un país donde aún hay muchos retos en torno a las posibilidades de reinserción, cuando quienes están en esta situación ni siquiera pueden contar con el derecho más básico a la identidad, al no poder acceder al INE.

Ante este panorama, atender los impactos diferenciados por la pandemia en las personas privadas de la libertad implica hoy medidas esenciales como despresurizar las prisiones, encontrar y fomentar mecanismos de seguimiento en libertad, garantizar el acceso a todos los derechos de toda la población penitenciaria, sin medidas estigmatizantes ni discriminatorias; y, sobre todo, no caer en prácticas que terminen vulnerando los derechos de las personas privadas de la libertad más vulnerables, como las mujeres y la comunidad LGBTI, para quienes incluso se requieren protocolos especializados de atención, con covid-19 o sin ella.

Este informe expone también la situación de personas que vieron frenadas sus intenciones de iniciar un negocio ante la suspensión de actividades económicas, retraso en trámites y procesos administrativos para obtener documentos migratorios, deportaciones que no son atendidas de manera integral y coordinada, así como precarización, riesgo de perder la vivienda y falta de acceso al empleo, servicios y medios de supervivencia son algunas de las dificultades que hoy enfrentan las personas migrantes y refugiadas ante la pandemia por covid-19.

Ante una condición de desigualdad y desventaja histórica, en este contexto su principal preocupación no es precisamente el riesgo de contagio, sino la precarización y la urgencia de resolver necesidades inmediatas

y acceder a servicios de salud u oportunidades de trabajo. Además, los mecanismos de apoyo con los que generalmente cuentan pueden verse ahora limitados ante las medidas de prevención, distanciamiento y aislamiento para evitar la transmisión del coronavirus.

En su artículo 11, la Constitución Política de la Ciudad de México reconoce a las personas migrantes, sujetas de protección internacional y en otro contexto de movilidad humana como un grupo de atención prioritaria, y establece que tendrán la protección de la ley y no serán criminalizadas por su condición. Además, mandata que las autoridades adoptarán las medidas necesarias para la protección efectiva de sus derechos, bajo criterios de hospitalidad, solidaridad, interculturalidad e inclusión.

Aunque no hay datos específicos que indiquen que estas poblaciones tienen un mayor riesgo de contagio sanitario por su estado físico o por condiciones de salud preexistentes, sí hay un índice importante de embarazos, además de que están expuestas a condiciones parecidas a los centros de reclusión, como el hacinamiento, en las 53 estaciones migratorias que existen en nuestro país. A ello se suma que los albergues que gestiona la sociedad civil están admitiendo nuevos ingresos de manera limitada para prevenir el contagio

En suma, las personas migrantes y refugiadas se enfrentan a impactos diferenciados en dos ámbitos: el externo, que se refleja en su estatus económico, social y jurídico-administrativo, y el interno, que está relacionado con la satisfacción de sus necesidades básicas y de salud mental. El primero necesariamente incide en el segundo. La situación mundial ha desdibujado la presencia y las necesidades específicas de las personas migrantes y refugiadas, lo cual se agrava por la percepción generalizada de rechazo a la migración. Aún hay mucho camino por andar en cuanto a la empatía y la sensibilización sobre la realidad de estas poblaciones.

Por ello, a los impactos diferenciados en el acceso a medios de supervivencia alimentaria, de vivienda, de salud –sobre todo en el caso de las personas embarazadas y de las que requieren seguimiento a tratamientos–, así como en la precarización y deterioro, se suma el miedo que podría impedirles acercarse a servicios de apoyo, y las expresiones de xenofobia y discriminación que se han agudizado ante la pandemia.

Al igual que otros grupos de atención prioritaria, las personas migrantes y refugiadas han vivido tradicionalmente excluidas, por lo que las medidas ante la pandemia hacen aún más difícil su acceso a derechos. La desigualdad no les era ajena, pero sus condiciones de privación y carencia se han acentuado, específicamente en la falta de acceso a oportunidades.

En particular, las mujeres, que son la mitad de las personas migrantes, enfrentan condiciones que es urgente visibilizar, pues el 80% de ellas han sido obligadas a dejar sus países por violencia de género. Las mujeres y niñas migrantes y refugiadas pueden sufrir discriminación y son más vulnerables a la violencia, explotación y abusos. También viven en mayor medida la exclusión social, la falta de empleos, de oportunidades y la limitación de acceso a servicios básicos, específicamente a la salud sexual y reproductiva.

En el contexto actual, es indispensable retomar el tema de la migración en la agenda nacional, así como generar acciones interinstitucionales coordinadas para brindar atención integral y acceso a todos los derechos, sin hacer diferencia entre migrantes regulares e irregulares o personas refugiadas. Todo ello sin olvidar que las personas migrantes y refugiadas pueden ser autosuficientes, son completamente resilientes, y tienen derecho a buscar y a tener oportunidades en igualdad de circunstancias que el resto de las personas.

Ante el aislamiento en los hogares, niños, niñas y adolescentes (NNA) conforman otro grupo que enfrenta condiciones atípicas, situaciones no siempre fáciles de comprender y afrontar, e incluso pueden estar ante un encierro en total indefensión con sus propios agresores, cuyas acciones pueden agravarse o incrementarse en el confinamiento. Esto hace imposible que se conozcan las diversas violencias de las que podrían ser víctimas.

El Panorama Estadístico de la Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes en México (2019) del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) revela que en nuestro país no existen suficientes datos sobre violencia en el hogar hacia NNA, pero recupera algunos: casi cuatro de cada 10 madres y dos de cada 10 padres reportan haberles pegado a sus hijas o hijos, mientras que 2 de cada 10 mujeres reportan que sus esposos o parejas ejercen o han ejercido violencia física contra sus hijas o hijos. En tanto, se calcula que 63% de NNA, de entre 1 y 14 años, han experimentado al menos una forma de disciplina violenta.

El aislamiento en los hogares previene a todas las personas del riesgo de contagio, pero para NNA esto no siempre les garantiza sentirse a salvo en espacios seguros, en los que sus derechos sean respetados y sus necesidades básicas cubiertas.

La Convención sobre los Derechos del Niño, tratado internacional de las Naciones Unidas que reconoce los derechos humanos de NNA, se funda en los principios de no discriminación, interés superior de niñas y niños; derecho a la vida, supervivencia y desarrollo, y participación infantil. Además, establece que NNA tienen derecho a vivir sin violencia, sentirse protegidos y queridos, ser respetados en su cuerpo, tener alimentación, atención médica, tiempo para jugar y descansar, decir lo que piensan y ser escuchados. Las personas adultas que les rodean deben asegurarse de que estos derechos se cumplan.

En tanto, la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México reconoce que NNA son iguales ante la ley y merecen un trato igual y equitativo, y garantiza todos los derechos que deben gozar.

Las Naciones Unidas, mediante su Comité de los Derechos del Niño, ha advertido del impacto físico, emocional y psicológico que la pandemia por la covid-19 podría tener en NNA, así como del aumento de la violencia física y psicológica en el hogar, a partir del confinamiento y de la obligación de que permanezcan en hogares en condiciones de hacinamiento o precarización.

Del mismo modo, ha exhortado a los estados a tomar conciencia de esto y considerar algunas preocupaciones: que las restricciones para proteger la salud pública deben ser proporcionales, mínimas y limitadas en el tiempo, por lo que las autoridades deben velar por el interés superior de las y los menores; que son necesarias soluciones creativas y alternativas para garantizar el derecho al descanso, al ocio, al juego y a actividades culturales y artísticas; que la educación en línea no debe aumentar las desigualdades existentes o reemplazar la interacción alumnado-profesorado; que NNA deben ser alimentados y tener acceso a atención médica; y que es importante protegerles cuando su vulnerabilidad se incrementa por circunstancias excepcionales, así como es indispensable difundir información precisa y oportunidades para que NNA sean escuchados.

Ante esto, es imprescindible que autoridades, madres y padres, impartidores de educación y población en general recordemos la importancia de explicar a NNA la situación mundial y nacional por la

pandemia de la covid-19, y les permitamos reconocer y expresar sus emociones. Recordemos que las personas adultas son ejemplo y guía respecto a su sentir frente a la cuarentena.

Es igual de importante procurar que mantengan contacto con amigos y amigas, fomentar el aprendizaje mediante modalidades flexibles con contenidos adaptables y con el ritmo que les sea posible, que puedan realizar actividades recreativas y que se les procure una alimentación sana para fortalecer el sistema inmune.

El respeto a los derechos de NNA también pasa por hacerles sentir escuchados, tomados en cuenta y aceptados tal como son. Es preciso recordar que un espacio seguro implica que las personas adultas estén presentes de manera consciente y al tanto de sus propios procesos personales.

El estrés y la frustración, combinados con el aislamiento y la cercanía física, pueden tener repercusiones serias en NNA por la gravedad de la violencia física, emocional o psicológica a la que están expuestos. La salud, el bienestar físico y emocional, así como la responsabilidad de frenar la violencia contra NNA, que incrementa ante el confinamiento por la covid-19, está en manos de todas las personas: autoridades, vecinas y vecinos, familiares y ciudadanía en general.

Recordemos que es normal que NNA sientan preocupación, inquietud, confusión o miedo ante las noticias por la pandemia covid-19. Es preciso hacerles sentir más seguros con información certera y sencilla, explicaciones claras que les hagan partícipes de las medidas con las que pueden contribuir a prevenir el contagio, y recordarles que hay muchas personas especialistas que trabajan en todo el mundo para combatir la pandemia.

Algunas de las recomendaciones recopiladas por organizaciones enfocadas en la niñez incluyen identificar las necesidades de la familia, crear rutinas, distribuir las tareas del hogar, fortalecer la relación con hijas e hijos, promover la participación de NNA, acompañar sus emociones, fomentar el aprendizaje, protegerles de malos tratos, fortalecer la resiliencia, convivir en igualdad y reducir riesgos de desastres en el hogar.

El contexto actual exige fortalecer las medidas para NNA, y promover actividades de sensibilización y alternativas ante las violencias de las que podrían ser víctimas en sus hogares. Del mismo modo, es

indispensable contemplar estrategias para mitigar el impacto social de la pandemia de covid-19 y medidas específicas para proteger a NNA que viven en condiciones vulnerables, como pobreza y falta de vivienda adecuada; con discapacidad; en situación de migración, desplazamiento, campamentos o asilo, con condiciones de salud delicadas o que viven en centros de reclusión con sus madres.

Los impactos diferenciados de las medidas derivadas de la pandemia por covid-19 también nos obligan a reflexionar sobre el reconocimiento de las formas de racismo, la desigualdad estructural y los enfoques de interculturalidad. Las personas afrodescendientes e indígenas se han enfrentado a una condición histórica de invisibilización y exclusión que sólo se evidencia más ante la contingencia.

Una de las formas de diagnosticar las condiciones de desigualdad por motivos étnicos y raciales es mediante los censos. En el caso de las personas afrodescendientes, afro mexicanas y negras, este año por primera vez el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) incluyó indicadores para registrar la autoadscripción étnica de estas poblaciones, para tomar decisiones sobre políticas públicas. Sin embargo, la emergencia sanitaria nacional postergó el censo hasta nuevo aviso.

En 2015, en su Encuesta Intercensal el INEGI señaló que alrededor de 1,4 millones de habitantes son personas afro o negras. De estas, 160 mil 353 radican en la Ciudad de México, es decir, 1.8 % de la población total. En tanto, se estima que hay 25.7 millones de personas indígenas en México, de las cuales 7.3 millones hablan alguna lengua indígena y 909 mil no hablan español, es decir, sólo se comunican en su lengua. En la Ciudad de México habitan 784 mil 605 personas indígenas, lo que equivale al 3.05 % de la población total.

En su artículo 11, la Constitución de la Ciudad de México reconoce y protege los derechos y las contribuciones históricas de las personas afrodescendientes y de identidad indígena. Respecto a las primeras, señala que tienen derecho a la protección y promoción de sus conocimientos tradicionales y su patrimonio cultural, artístico, material e inmaterial. Además, que las autoridades adoptarán medidas efectivas de trato igualitario, en consulta y cooperación con estas poblaciones, para el ejercicio pleno de sus derechos, combatir los prejuicios y estigmas, eliminar el racismo, así como para la prevención, atención, sanción y erradicación de las violencias en su contra.

También llama a las autoridades a fomentar la autoadscripción de las personas afrodescendientes mediante campañas de información y sensibilización para su reconocimiento. Por otro lado, establece que deben tomar las medidas necesarias para impedir la discriminación y garantizar el trato igualitario progresivo y culturalmente pertinente de las personas de identidad indígena.

En su investigación *Por mi raza hablará la desigualdad: Efecto de las características étnico-raciales en la desigualdad de oportunidades en México*, OXFAM menciona que las personas indígenas, morenas y mulatas, y quienes hablan una lengua indígena, tienen menor probabilidad de acceder a la educación, a altos puestos de trabajo y la riqueza material. Estas dificultades se acentúan ante el contexto de la pandemia por covid-19.

Por ejemplo, la prevalencia del trabajo informal o autoempleo entre estas poblaciones deriva en la falta de seguridad social y de acceso a medicamentos. A ello se suma el retraso, discriminación, estigmatización, criminalización o rechazo al interior de los servicios de salud a las personas indígenas o afro. También es común que los programas sociales dirigidos a población indígena sólo se enfoquen en visibilizar la interculturalidad y acciones asistencialistas que no apuntan a atender la desigualdad estructural y el acceso a derechos como la salud, vivienda, educación y trabajo.

Las poblaciones afro e indígenas también han visto impactados sus ingresos económicos, pues en muchos casos sus empleadores les han solicitado ausentarse o han disminuido la demanda de sus productos. Algunas personas de estas poblaciones incluso se han visto obligadas a retornar a sus comunidades de origen para acceder a bienes básicos.

El acceso a la información es otro de los impactos diferenciados que estas poblaciones enfrentan, no sólo porque no hay suficientes datos en torno a ellas, sino porque hay poca información relativa a covid-19 interpretada a las lenguas maternas de las personas indígenas, además de la frecuente ausencia de intérpretes en los servicios de salud. Además, la concentración de la información en medios digitales muchas veces impide su acceso. Diversas comunidades afro e indígenas no usan dispositivos móviles con acceso a internet.

Por todo ello, es indispensable visibilizar a las poblaciones afro e indígenas y atender los impactos diferenciados de covid-19 en estas poblaciones siempre mediante el diálogo con estas comunidades y

el respeto a sus propuestas. Es necesaria e imprescindible la difusión de información sobre salud, políticas públicas diferenciadas, acciones que atiendan a su inclusión y atención a la violencia que por motivos étnicos y raciales viven las personas indígenas y afro. Otras medidas fundamentales son la accesibilidad de la información, el seguro de desempleo dirigido a las personas afro, medidas afirmativas para que las personas indígenas accedan a la educación desde un enfoque de interculturalidad, así como la indispensable información diferenciada sobre estas poblaciones en los censos poblacionales.

Ante la covid-19, las personas trabajadoras del hogar también han estado entre los primeros grupos de población en ser despedidos o enviados a su casa sin goce de sueldo. Algunas no han podido salir de la casa en donde trabajan y se enfrentan a jornadas extenuantes, pues la mayor parte de las labores del hogar —muchas veces con más integrantes de la familia quedándose en casa— recae sobre ellas.

En México hay 2.4 millones de personas trabajadoras del hogar. Históricamente, este grupo de población ha enfrentado múltiples situaciones de discriminación por diversas causas, como su nivel socioeconómico y de educación. Hoy, en el contexto de la covid-19, quedan sujetas a la voluntad de sus empleadoras y empleadores. Además, muy difícilmente cuentan con compañeras de trabajo, como en otras ocupaciones, que las puedan orientar en sus derechos. Como antes de la pandemia, pero especialmente ahora, en muchas ocasiones aceptan condiciones de trabajo que no les son favorables porque su necesidad es mayor y no cuentan con suficiente información respecto a sus derechos.

Durante muchos años, las personas trabajadoras del hogar han sido discriminadas por la naturaleza de su trabajo, pues la sociedad no lo ve como una actividad que aporte a la economía del país, sino como tareas que sólo pueden realizar mujeres, personas sin educación o en situación de pobreza.

Ese estigma social ha provocado que este grupo de población no tenga la atención que merece y necesita, mucho menos en tiempos de covid-19. Ante este panorama, vale la pena recordar que el 42% de las personas trabajadoras del hogar gana entre uno y dos salarios mínimos, y no un salario profesional, por lo que viven al día. Solo 22 mil 300 de ellas están afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), muy pocas en comparación con los 2.4 millones que se dedican al trabajo del hogar.

En nuestro país, desde 2019, la Ley Federal del Trabajo en su capítulo XIII define a la persona trabajadora del hogar como “aquella que de manera remunerada realice actividades de cuidados, aseo, asistencia o cualquier otra actividad inherente al hogar en el marco de una relación laboral que no importe para la persona empleadora beneficio económico directo, conforme a las horas diarias o jornadas semanales establecidas en la ley”, y especifica la validez de sus derechos independientemente de si residen o no en el domicilio donde trabajan o lo hacen en hogares diferentes.

Además, en diciembre de 2019, el Estado mexicano ratificó el Convenio 189 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), para avanzar en la garantía de los derechos laborales y sociales de las personas trabajadoras del hogar. Ese instrumento, adoptado en 2011 por la OIT, busca garantizar la promoción y protección de los derechos humanos de este sector.

La pandemia por covid-19 no puede ser justificación para incumplir con todos los derechos que deben gozar las personas trabajadoras del hogar, empezando por un contrato por escrito, donde se especifiquen sus días de vacaciones, se les garantice el aguinaldo, se les otorguen días de descanso y los derechos que tiene cualquier persona trabajadora. Hoy, las trabajadoras del hogar viven un acceso aún más difícil a sus derechos, agravado por los despidos y la disminución de salarios.

Por otro lado, es importante recordar que ante el #QuédateEnCasa, si se alcanzó un acuerdo entre ambas partes para que la trabajadora permaneciera en casa de la o el empleador durante el confinamiento, la jornada laboral debe seguir siendo de ocho horas, como lo establece la ley.

Un esfuerzo específico para subrayar la importancia de respetar todos los derechos de las trabajadoras del hogar, especialmente en este contexto, es la campaña encabezada por Marcelina Bautista, Cuida A Quien Te Cuida, que apela a la solidaridad de las y los empleadores con las trabajadoras del hogar para mantener sus sueldos durante la pandemia. Sin embargo, es importante no olvidar que ese derecho no recae sólo en las buenas intenciones, sino que está respaldado por la ley.

A todo ello se suma la prevención y reflexión en torno a la violencia, pues en muchas ocasiones, las trabajadoras del hogar enfrentan gritos, insultos, humillaciones e incluso golpes. Estas violencias a menudo están muy normalizadas, aunadas a los casos de violencia sexual por parte de las y los empleadores o amistades, vecinos o familiares de ellos.

Frente a este escenario, es imprescindible garantizar el acceso a los servicios de salud, bienes básicos, información y derechos laborales, así como a una vida libre de violencia. Es prioritario afiliar a las trabajadoras del hogar al IMSS, hablar con ellas acerca de su salud, definir contactos de emergencia y prestar atención a su estado físico, así como abstenerse de obligarlas a cuidar a personas con síntomas o afecciones respiratorias.

Además, garantizarles el acceso a la información y a la privacidad, alimentos adecuados de acuerdo con las horas que trabajan, y llevar a cabo las acciones necesarias para que puedan ejercer todos los derechos que establece la ley. Todo ello contribuirá al cambio cultural indispensable para asegurar una vida digna en todos los aspectos para todas las personas y atender, de esa manera, los impactos diferenciados que enfrentan ante la pandemia por covid-19.

Ante covid-19, en América Latina y el Caribe cinco de cada 10 personas que viven con VIH enfrentan hoy particulares dificultades para obtener su tratamiento. Sólo tres de cada 10 cuenta con éste para más de dos meses, y el 49% sólo tiene para un mes. Actualmente, dos de cada 10 personas no tienen tratamiento suficiente ni siquiera para terminar el mes.

Estos datos de ONUSIDA confirman que las personas con VIH son uno de los grupos que enfrentan graves impactos diferenciados derivados de la covid-19 y de las medidas que se han tomado ante ella. Se calcula que 230 mil personas viven con VIH en nuestro país.

De ellas, unas 30 mil habitan en la Ciudad de México. Actualmente, existe un nivel de diagnóstico del 60% y un 17% de las personas que viven con VIH no se incorpora a tratamiento de manera inmediata. En 2019, se registraron 12 mil 64 nuevos casos en tratamiento antirretroviral; el 45% de ellos en personas de entre 15 y 29 años de edad.

El panorama cotidiano que enfrentan las personas con VIH, marcado por la estigmatización y la discriminación, se agrava ante la covid-19, lo cual puede representar un serio obstáculo para alcanzar el objetivo 90/90/90 establecido por ONUSIDA: que para 2020, el 90 % de las personas que viven con VIH conozca su estado serológico; que el 90% de las personas diagnosticadas reciba terapia antirretrovírica, y que el 90% de quienes la reciben presente supresión viral.

¿Cómo ha afectado la pandemia a esta meta? Una primera observación son las similitudes que existen entre la pandemia por VIH y por covid-19: en ambos casos se trata de un virus nuevo, sobre el cual no hay información suficiente y existen a su alrededor muchos prejuicios y discriminación. Después de casi cuatro décadas de epidemia, aún no se ha dejado atrás el estigma hacia las poblaciones que viven con VIH y, principalmente, a grupos clave en los que se ha registrado un alto índice de contagio: hombres gay, mujeres trans, trabajadoras sexuales y usuarios de drogas inyectables.

Ante covid-19, actividades de prevención que de por sí ya habían sufrido un decremento en los últimos meses, han disminuido aún más, pues muchos recursos humanos y económicos se han redirigido hacia la atención de la nueva pandemia. En tanto, organizaciones a donde las personas con VIH acudían por protocolos o tratamientos preventivos, no están trabajando en este momento.

Lo mismo ocurre en el caso de la detección: hoy hay menos espacios a donde acudir para hacerse una prueba confidencial y gratuita. A esto se suman las barreras para acceder a tratamientos antirretrovirales y la atención a la salud mental de las personas que viven con VIH, quienes deberían tener acceso permanente a apoyo telefónico o virtual. Por otro lado, la necesidad de seguir acudiendo a recoger sus medicamentos puede complicar el cumplimiento de la medida #QuédateEnCasa.

La salud emocional y mental son especialmente importantes. Las organizaciones de la sociedad civil trabajan para allegar información confiable y científica, pero no hay que olvidar que el acompañamiento psicológico es indispensable para fortalecer la autoestima de las personas que viven con VIH. Sobre todo en este momento, pues ante la covid-19 pueden enfrentarse a una doble estigmatización: que se les vea como transmisoras en potencia y por otro lado, como víctimas que hay que cuidar en extremo.

De acuerdo con datos recientes de ONUSIDA, en América Latina y el Caribe casi siete de cada 10 personas manifiestan que, para no interrumpir su tratamiento antirretroviral, deben contar con una forma segura y confidencial de obtenerlo. Sólo tres de cada 10 han accedido a una opción de telemedicina. En tanto, menos de dos de cada 10 personas, alrededor del 17% cuenta con la entrega de antirretrovirales a domicilio, mientras que cuatro de cada 10 personas aseguran requerir apoyo psicológico para abordar la ansiedad generada por la covid-19.

A todo ello se suma la violencia física, psicológica o verbal a la que podrían enfrentarse, pues el 56% aseguró a ONUSIDA que podrían sufrir cualquiera de estos tres tipos en medio de la pandemia debido a que viven con VIH; 40% no sabe a dónde acudir en caso de ser víctima de violencia o discriminación. En tanto, tres de cada 10 personas se han abstenido de usar servicios por miedo a ser discriminadas.

El panorama laboral no es más favorable, pues incluso antes de la pandemia, este grupo se enfrentaba a una constante violación a sus derechos laborales. Hoy, ante la pérdida de empleos o la reducción de ingresos, existen más dificultades en el acceso a medicamentos y mayores posibilidades de perder servicios de seguridad social. Esto es especialmente grave en el caso del VIH, pues la efectividad de los tratamientos antirretrovirales depende en gran medida de recibir todos los medicamentos que los componen, así como de su continuidad y adherencia.

Frente a este panorama, es indispensable garantizar a las personas que viven con VIH acceso a los servicios de salud y a la continuidad de su tratamiento, sin problemas de desabasto, más amigables y que pongan en el centro su dignidad. También es imprescindible retomar y reforzar las estrategias de prevención, detección y eliminación de los estigmas y discriminación, sobre todo entre el personal de salud.

Además, es necesario involucrar a las poblaciones de personas que viven con VIH para generar confianza, y garantizar medidas adecuadas y eficientes. Ante la covid-19, son particularmente necesarios programas sociales que den respuesta a los impactos al empleo y la vivienda de estas poblaciones. Igual relevancia tiene el acompañamiento a estos grupos para asegurar que accedan a todos sus derechos y que una vez terminado el confinamiento, tengan información clara y relevante sobre la atención a su salud física y mental.

Generar mecanismos para que las organizaciones de la sociedad civil, centros comunitarios y clínicas especializadas cuenten con recursos para prevención, canalización, atención y acompañamiento, así como garantizar el acceso a servicios de seguridad social o seguros de gastos médicos, son también medidas indispensables para atender los impactos diferenciados de la pandemia por covid-19 en las personas que viven con VIH, en un contexto estructural que históricamente ha perpetuado la estigmatización y discriminación hacia ellas.

Finalmente, en un sistema con reglas hechas por hombres, pensadas y diseñadas por y para ellos, las mujeres son también uno de los grupos que hoy enfrentan impactos diferenciados ante la pandemia de covid-19. Estos no sólo tienen que ver con la violencia física, emocional y psicológica de la que pueden ser víctimas, sino con el histórico desequilibrio en la distribución de las tareas del hogar y de cuidado.

Las mujeres en México representan el 51.1% de la población total, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), pero su acceso a derechos sigue siendo obstaculizado igual que el de otros grupos minoritarios. Según la Cuenta Satélite del trabajo no remunerado de los hogares 2017, el valor económico de las labores domésticas y de cuidados registró un nivel equivalente a 5.5 billones de pesos, 23.5 % del producto interno bruto (PIB). El 75% es realizado por mujeres.

Además, la participación porcentual de las mujeres en las labores domésticas y de cuidados respecto del PIB es del 17.7%, mientras que la de los hombres es del 5.8. De acuerdo con “Una ambición. Dos realidades. MX Women Matter”, un estudio publicado por McKinsey & Company en 2018, una mujer dedica casi siete horas diarias al trabajo no remunerado, mientras que los hombres dedican 2.5 aproximadamente.

Durante la pandemia por covid-19, y ante las medidas para prevenir el contagio, se combinan diversos factores que impactan de manera diferenciada la realidad de las mujeres, entre ellos el componente digital, ya que muchas no tienen acceso a la tecnología o las habilidades para aprovecharla, lo cual puede afectar sus derechos al trabajo, la educación o la información, éste último especialmente

necesario para vincularse y allegarse recursos que les puedan salvar la vida ante la violencia. La Comisión de la Banda Ancha para el Desarrollo Digital señala que 300 millones de mujeres en el mundo no tienen acceso a internet móvil.

La saturación de los servicios hospitalarios en el país también ha provocado desigualdad en el acceso a derechos reproductivos, incluso en los estados donde la sola voluntad de la mujer basta para tener derecho a un aborto, como Oaxaca y la Ciudad de México. En muchos lugares no existe claridad acerca de qué instituciones de salud pueden atender temas de salud reproductiva, aunado al temor de las mujeres embarazadas para acercarse a los servicios de salud por riesgo de contagio.

Además, durante la pandemia, los embarazos no deseados producto de violaciones sexuales podrían aumentar, por lo que se requiere satisfacer la demanda de abortos por esta causal (legal en todo el país); sin embargo, no hay certeza respecto a su cobertura, además de los obstáculos que puede generar que en la mayoría de los casos los abusadores sean miembros de la propia familia. También la ciberviolencia y el ciberacoso siguen siendo una constante, y el internet, cuyo uso en este momento es indispensable y cotidiano, puede ser utilizado como herramienta para el tráfico de niños, niñas y mujeres.

A ello hay que sumar que la distribución inequitativa de las labores del hogar y de cuidados es reforzada por leyes con perspectiva androcéntrica, como el servicio de guarderías públicas, que únicamente está destinado a la mujer trabajadora, pero no a hombres que puedan tener a cargo el cuidado de sus hijos. La ampliación de las licencias de paternidad es otro gran pendiente, así como la ampliación de políticas laborales que promuevan la inclusión de las mujeres madres al mercado laboral.

Las mujeres están fungiendo también como maestras, acompañantes o apoyo para la elaboración de tareas de sus hijos e hijas, ante el cierre de estancias infantiles y escuelas, lo cual incrementa la carga de labores de cuidado. El balance entre la vida personal y el trabajo remunerado y no remunerado de las mujeres, comúnmente desequilibrado, hoy ha quedado desdibujado. En muchos hogares, además, los estereotipos de género siguen reproduciéndose al privilegiar a los varones en el uso de los pocos recursos tecnológicos o educativos existentes, lo que profundiza la brecha digital de género.

Por ello, ante los impactos diferenciados de la pandemia por covid-19 en las mujeres, es necesario impulsar acciones concretas desde los sectores público, privado y de la sociedad civil con un enfoque interseccional, para lograr un acceso igualitario de todas las personas a todos los derechos. Para la vuelta a la cotidianidad es indispensable cuestionar y replantear la normalidad, lejos de volver a ella, pues se trata de una normalidad donde se han perpetuado condiciones históricas de desigualdad que vulneran los derechos humanos de las mujeres, agravadas en este contexto.

Para vivir en una normalidad auténticamente “nueva” es imprescindible universalizar los derechos reproductivos de las mujeres, revisar las legislaciones que reproducen una visión machista, paternalista, discriminatoria o androcéntrica; replantear las masculinidades; construir espacios seguros e incluyentes para las mujeres, incluso aquellos digitales, así como garantizar su autonomía. La pospandemia debe ser una oportunidad para trabajar –siempre tomando en cuenta la opinión y la perspectiva de las mujeres– en un modelo más justo y equitativo de las responsabilidades en los hogares, pero también para replantear la lógica de las relaciones de trabajo a distancia, mediante políticas laborales que se enfoquen en la eficiencia y eficacia sin olvidar el bienestar de las personas trabajadoras.

Los impactos más graves de la pandemia obedecen a las brechas de desigualdad de nuestro país, no solo económicas, sino también culturales. Nos enfrentamos a nuevas caras del fenómeno discriminatorio, que requieren estrategias claras de apoyo y perspectivas de inclusión. La falta de certeza sobre los efectos de la pandemia en la salud, en la economía y en nuestra vida cotidiana nos coloca en una situación sumamente complicada.

No sabemos siquiera si debemos establecer estrategias inmediatas, a mediano o a largo plazo. La realidad nos ha alcanzado, pero será cada día más cruda si no emprendemos acciones solidarias para generar medidas positivas, de inclusión, nivelación o acciones afirmativas que tiendan a eliminar obstáculos y limitaciones para el ejercicio igualitario de derechos para todas las personas, en especial las más precarizadas.



**PERSONAS QUE EJERCEN
EL TRABAJO SEXUAL EN
LA CIUDAD DE MÉXICO**

Hoy las putas no nos conformamos con discursos rescatistas y revictimizantes que desean salvarnos del trabajo sexual, no queremos un Estado benefactor que nos prostituya, ni instituciones de gobierno que nos fiscalicen y administren nuestras vidas y cuerpos, como ya lo hacen con algunas empleadas y obreras que siguen padeciendo la crueldad de un capitalismo voraz, que las ve como objetos de producción más que como sujetas de derechos. Las mujeres trans, las mujeres trabajadoras sexuales, las mujeres cisgénero, no vemos el trabajo sexual como cuerpos y cuerpos prostituidas en la clandestinidad, nosotras no somos la palabra víctima, ya no somos el deseo ilícito de la derecha capitalista; hoy nosotras somos el derecho lícito de la izquierda revolucionaria. Las trans somos el verbo encarnado de la desobediencia corporal: putas, travestis y callejeras, orgullosamente.

Natalia Lane

Centro de Apoyo a las Identidades Trans

I. CONTEXTO DE LAS PERSONAS QUE EJERCEN EL TRABAJO SEXUAL (PERTS)⁵

Las personas que ejercen trabajo sexual (PERTS) históricamente han vivido la exclusión, obstaculización del ejercicio de sus derechos y las violencias. Enfrentan condiciones de múltiple vulnerabilidad cuando el ejercicio del trabajo sexual se cruza con otras características como el género, origen étnico o nacional, condiciones de salud, social y económica, identidad y expresión de género, edad, entre otras.

La falta de reconocimiento del trabajo sexual como actividad laboral, su criminalización, así como su equiparación con la trata de personas con fines de explotación sexual, agrava la desigualdad estructural que enfrentan las PERTS.

Parte de las PERTS que trabajan en la vía pública han luchado por el derecho al trabajo digno; cada 1 de mayo marchan para que se reconozca su trabajo como no asalariado y para evitar la imposición de zonas de tolerancia, carnets sanitarios y censo. En la Ciudad de México, durante el 2019, se han presentado cuatro iniciativas de Ley para el reconocimiento del trabajo sexual como trabajo no asalariado.

La asociación civil Brigada Callejera de Apoyo a la Mujer “Elisa Martínez” estima que hay aproximadamente **7 mil 500 personas trabajadoras sexuales** y cerca de 200 hoteles en la Ciudad de México en donde se ejerce el trabajo sexual. Sin embargo, no se cuenta con un censo oficial.

En la Ciudad de México existe trabajo sexual en todas las alcaldías, sin embargo, hay mayor concentración de PERTS en algunos puntos como Calzada Ignacio Zaragoza, Santa Cruz Meyehualco, Avenida Ermita Iztapalapa, el corredor Vallejo, Avenida Cuitláhuac, La Merced, Eduardo Molina, Calzada de Tlalpan, San Antonio Abad, Avenida Tláhuac, Puente de Alvarado, Zona Rosa, Avenida Insurgentes, Sullivan, Ejército Nacional y Marina Nacional. Las alcaldías Cuauhtémoc, Azcapotzalco, Gustavo A. Madero, Benito Juárez e Iztapalapa son las que concentran más zonas de trabajo sexual.

La encuesta elaborada entre el COPRED y la Agenda Política Nacional Trans de México (MOTRASEX) en diciembre de 2019 refiere que la mayoría de las PERTS de la Ciudad de México trabajan más de **40 horas a la semana, tienen un promedio de ingresos entre los 500 y 3 mil pesos**, tienen entre dos y tres dependientes económicos (como niñas, niños, adolescentes, personas

⁵ Durante la sesión participaron Arlen Palestina de Brigada Callejera de Apoyo a la mujer Elisa Martínez AC y Natalia Lane del Centro de apoyo a las Identidades Trans.

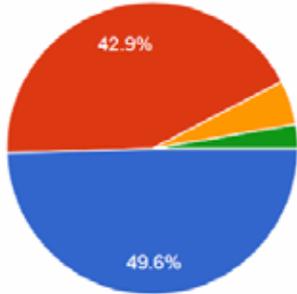
mayores), muchas han migrado a la Ciudad de México de otros estados de la República Mexicana, cuentan con una escolaridad de bachillerato y cerca de la mitad son mujeres trans. Entre las PERTS existe una correlación entre una baja de clientes y un aumento de riesgo a la salud y seguridad, pues las PERTS están dispuestas a trabajar con “cualquier” cliente, ya que necesitan el ingreso. En una situación como la actual, en donde hay baja demanda y los clientes no suelen ser “buenos” en términos de respeto a las reglas del servicio, las PERTS bajan los estándares con tal de obtener un ingreso. Esto se agrava para quienes ejercen en vía pública, así como por la precarización y marginación que enfrentan.

Los impactos derivados de la pandemia generada por el covid-19 y las medidas sanitarias, sociales, políticas y económicas implementadas influyen en los riesgos que las PERTS viven, y otros más que están dispuestas a asumir para obtener ingresos.

Las PERTS consideran que hay falta de entendimiento acerca del conexto en que viven y en el que trabajan, aunado a la estigmatización de ellas y del trabajo que realizan, desde una concepción moralizada del sexo

ENCUESTA TRABAJO SEXUAL DERECHOS Y NO DISCRIMINACIÓN

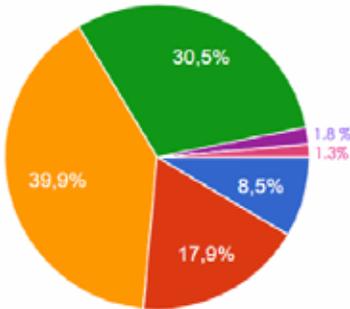
Sexo y Género.



- Mujer
- Mujer Trans
- Hombre
- Hombre Trans

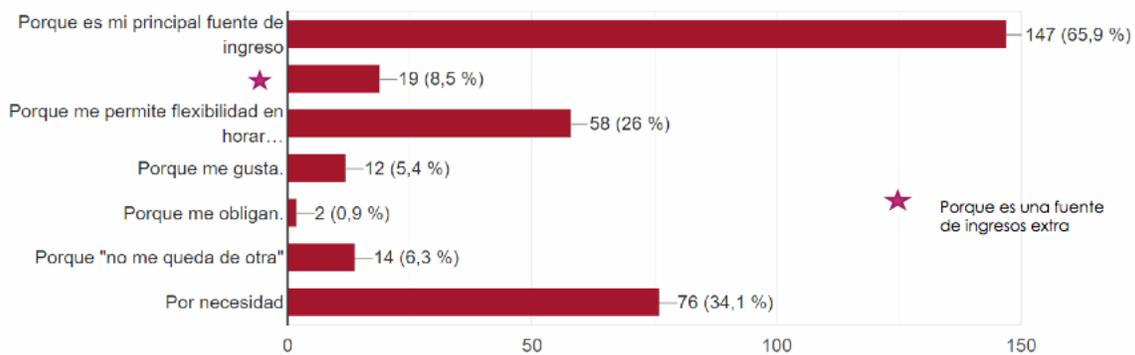
- 111 son mujeres cis (49.6 por ciento)
- 96 mujeres trans (42.9 por ciento)
- 11 hombres cis (4.9 por ciento)
- 6 hombres trans (2.7 por ciento)

Nivel de estudios

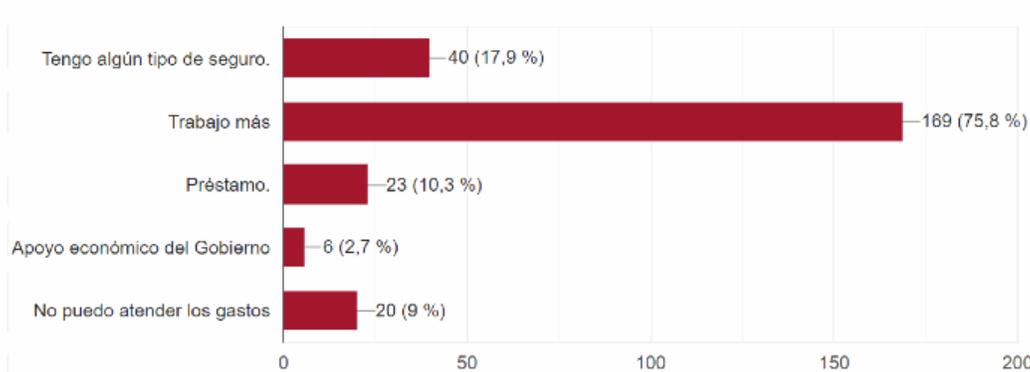


- No tengo estudios
- Primaria
- Secundaria
- Preparatoria
- Licenciatura
- Maestría
- Carrera Técnica

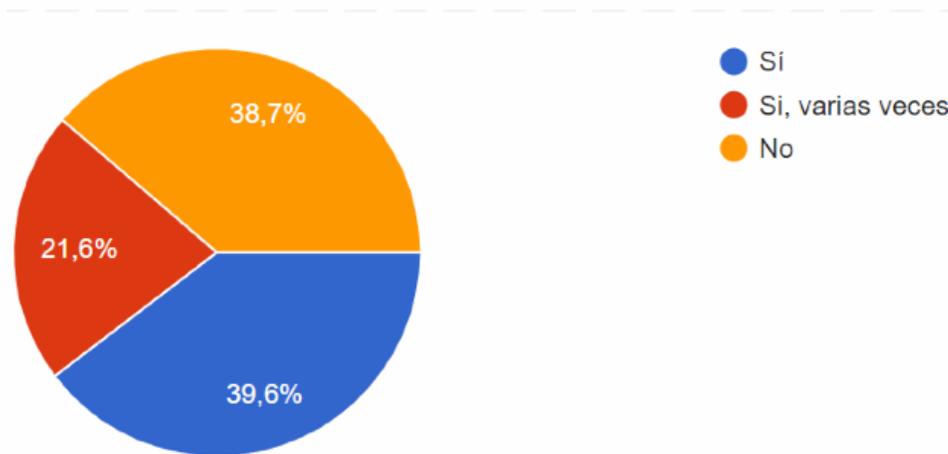
Motivos el porque ejercer el trabajo sexual



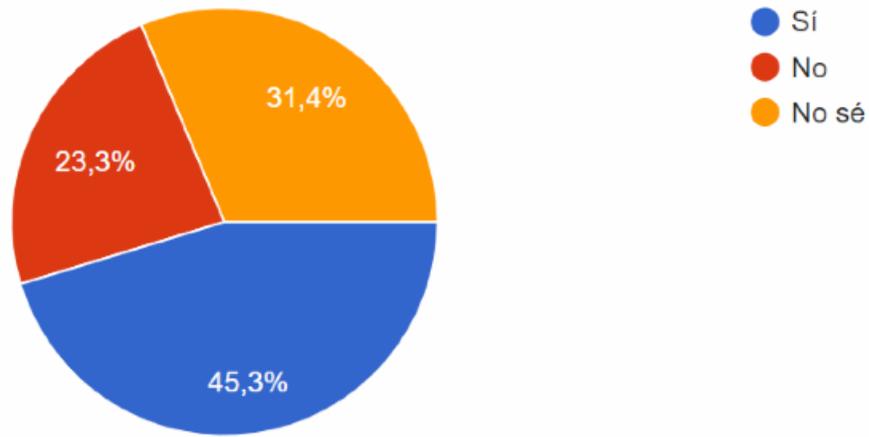
¿Qué hacen si necesitan algún servicio medico?



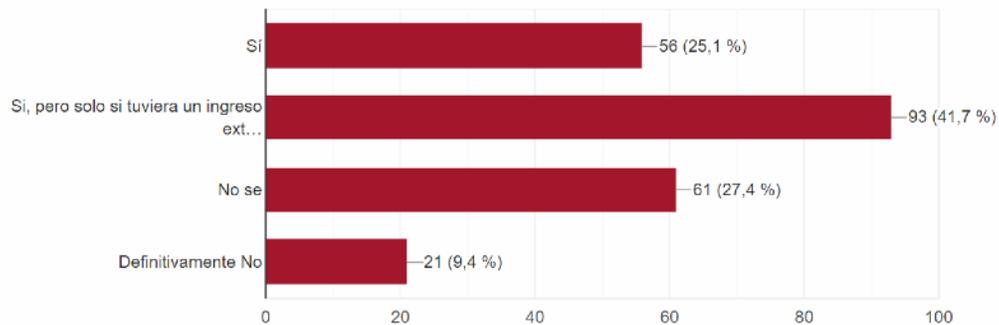
¿Te ha violentado algún cliente?



¿Te gustaría dejar el trabajo sexual?



Si te ofrecieran poder estudiar o acabar tus estudios, ¿Dejarías el trabajo sexual?



La policía nos violenta poniendo el alcoholímetro en medio de nosotras y extorsiona a los clientes o sea nos violenta todos los fines de semana desde hace 4 años en Sullivan

Pago de taxi. El alcoholímetro no nos deja trabajar tiene 4 años en el mismo lugar en medio de nosotras Sullivan



II. OBSTÁCULOS EN EL ACCESO A DERECHOS

a) Acceso a servicios de salud

- Las PERTS en vía pública no cuentan con seguridad social, por lo cual no pueden acceder a atención médica de forma expedita. Acuden principalmente a servicios de salud privados y económicos como farmacias genéricas, en los cuales no se brinda atención integral y muchas veces estigmatizan a las PERTS, lo cual incide en la calidad del servicio.
- En el caso de las personas trans, se han visto interrumpidas sus terapias de reemplazo hormonal (estrógenos, progestágenos y bloqueadores de testosterona) por miedo a asistir a centros de salud y a la falta de servicios, que están primordialmente dirigidos a la atención de la pandemia.
- Desabasto de medicamentos antirretrovirales, medicamentos para enfermedades crónico-degenerativas e insumos de prevención (condones y lubricantes), estos últimos herramientas básicas para las PERTS.
- Falta de inclusión de la PERTS en el esquema de Cobertura Sanitaria Universal (CSU) establecida en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, de la cual México es parte. No existe un área especializada en salud sexual.
- Algunas personas que ejercen el trabajo sexual no cuentan con documentación identitaria, lo cual restringe su acceso a servicios de salud al no poder registrarse en un sistema de salud como el INSABI.

b) Acceso a una vida libre de violencia

- Discriminación derivada de la estigmatización hacia las PERTS al considerarla “foco de contagio” de covid-19.
- Son víctimas de hostigamiento, extorsión a clientes y cobro de piso por parte de policías, situación que se agrava ante la emergencia sanitaria y la posible designación de zonas de tolerancia.

- Derivado del estigma hacia el trabajo sexual, las personas servidoras públicas, vecinos, clientes y transeúntes les discriminan y violentan.
- En el caso de las mujeres trans trabajadoras sexuales no se les reconoce su identidad de género y son el centro de la violencia. México es el segundo país que registra mayores casos de asesinatos a personas trans en el mundo.
- Tras el cierre de establecimientos hoteleros, las PERTS brindan servicios en automóviles y en vía pública, lo que promueve prácticas de criminalización y extorsión a ellas y a clientes por parte de elementos de seguridad de la Ciudad de México.
 - Se vive violencia institucional cuando se busca denunciar algún hecho delictivo. Asimismo, las PERTS son criminalizadas por parte de agentes de seguridad ciudadana o del Ministerio Público.
 - En el mismo sentido, se exponen a la violencia por parte de clientes, al verse obligadas a generar ingresos en la clandestinidad y en condiciones inseguras, muchas veces dentro de hoteles que están cerrados o que tienen prohibido permitir el trabajo sexual.
- En el ámbito familiar también llegan a vivir violencia económica por parte de sus familias.
- Otro efecto de lo antes mencionado es la migración; quienes ejercen el trabajo sexual se ven obligadas a retornar a sus lugares de origen, los cuales son comunidades y localidades de los que huyeron por violencia, precarización y discriminación por razones de género, identidad/expresión de género y orientación sexual. La pandemia les obliga a regresar y las coloca nuevamente en esta situación de peligro.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda y alimentación)

Previendo la situación económica por covid-19, la sociedad civil solicitó al Gobierno de la Ciudad de México la entrega de despensas y apoyos económicos equivalentes al seguro de desempleo de forma expedita, así como la designación de un albergue por un periodo mínimo de tres meses.

- Tras la Declaratoria de Emergencia Sanitaria por la covid-19 en la Ciudad de México, se suspenden los establecimientos hoteleros: más de 100 personas trabajadoras sexuales quedan en situación de calle, ya que los hoteles, pensiones y casa de huéspedes son espacios en los que habitan.
- Se habilitó un albergue provisional en el deportivo de la Alcaldía Cuauhtémoc por un tiempo corto (una semana), el cual no contempló la heterogeneidad de las PERTS (las mujeres trans viven violencia sistemática incluso por otros grupos poblacionales). Ante esta situación, la sociedad civil y ciudadanía instalaron campamentos temporales y comedores comunitarios en vía pública.
- El Gobierno de la Ciudad de México designó apoyos económicos exclusivamente a las PERTS a través de la entrega de tarjetas electrónicas. Sin embargo, se otorgó un monto que no alcanza a cubrir bienes básicos, no contaban con fondos y se entregaron tarjetas a personas que no ejercen el trabajo sexual.
- Cabe señalar que para la entrega de dichos apoyos, se solicitó identificación oficial; sin embargo, algunas personas trabajadoras sexuales no cuentan con documentos de identidad. Esta situación agudiza la precarización a la que se enfrentan.
- La entrega de tarjetas presentó adversidades, ya que algunas personas trabajadoras sexuales no aparecieron en el listado para la entrega de apoyos económicos, mientras que otro reto fue la activación de la tarjeta (mediante dispositivo móvil inteligente y datos móviles), pues no respondía a las características y necesidades de la población.
- El derecho a la alimentación es otro rubro de prioridad. Al no contar con espacios para la preparación de alimentos, las principales fuentes de acceso a alimentos son fondas, restaurantes, cocinas económicas y tiendas de conveniencia que, en su mayoría, cerraron por las medidas sanitarias.
- No existen apoyos a sus dependientes económicos. No hay redes de apoyo para los hijos e hijas.
- Se identificaron casos de desplazamientos forzado a zonas periféricas de la metrópoli o lugares clandestinos dentro de la misma.

d) Acceso a la información

- El Gobierno de la Ciudad de México cuenta con una plataforma digital que señala la disponibilidad de los hospitales covid-19; sin embargo, no todas las personas tienen conocimiento de ello o cuentan con los medios para el acceso a la información. Es así que las personas que presentan la sintomatología por covid-19 hacen un recorrido por varios hospitales, pues desconocen cuáles se encuentran ya saturados.
 - No hay información relacionada con las instituciones de salud que brindan servicios de pruebas para ITS y otras.
- Hay una centralización de información en medios digitales, a los cuales no todas las personas tienen acceso. Aunque se tengan teléfonos inteligentes, a veces no cuentan con dinero para pagar los datos o no necesariamente saben utilizar las herramientas de búsqueda para llegar a la información pertinente.
 - Otra medida de impacto directo a las PERTS fue la implementación del programa Hoy No Circula obligatorio, por el que se minimizó la afluencia de vehículos y por consiguiente, de clientes, lo cual impactó en los ingresos económicos de las PERTS.

III. PROPUESTAS PARA EL ACCESO A DERECHOS

Al momento de emitir medidas de emergencia y contención frente a la pandemia de covid-19, se deben brindar y aplicar perspectivas interseccionales y prestar especial atención a las necesidades y al impacto diferenciado de dichas medidas en los derechos humanos de los grupos históricamente excluidos o en especial riesgo, tal como refiere la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

Respecto a las acciones dirigidas hacia las PERTS, es importante evitar la victimización y prestar mayor atención a aquellas dirigidas a mujeres trans, personas mayores, migrantes o en situación de precarización, así como a sus dependientes económicos (hijas e hijos, personas mayores o enfermas).

Es indispensable, además, monitorear las diversas acciones que se implementan a nivel internacional y local, y aquellas intersectoriales para la generación de un banco de datos y alianzas estratégicas.

Aunado a lo anterior, al diseñar planes emergentes se requiere retomar la experiencia de la sociedad civil y evaluar las políticas públicas ejercidas por el Gobierno de la Ciudad de México.

a) Acceso a servicios de salud

- Brindar atención a la salud de forma integral: servicios de ortopedia, endocrinología, salud sexual, entre otras.
- Entrega y distribución de insumos de protección (condones y lubricantes) en zonas de trabajo sexual.

b) Acceso a una vida libre de violencia (seguridad)

- Vinculación con la Fiscalía General de Justicia (FGJ) y la Secretaría de Seguridad Ciudadana (SSC) para evitar la criminalización de las actividades de las personas que ejercen el trabajo sexual en vía pública.
- Documentar los casos de violencia hacia las PERTS para su denuncia y atención por parte de las instancias de justicia.
- Vinculación con las áreas de diversidad sexual de las Alcaldías para la atención de la población LGBT que ejerce el trabajo sexual en calle.
 - Capacitación al personal de primer contacto.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda y alimentación)

- Vinculación con la Secretaría de Inclusión y Bienestar Social (SIBISO) para la garantía al derecho a la alimentación y entrega de apoyos económicos.
- Respecto a los comedores comunitarios, se requiere identificar a la población que lo requiere para brindar el servicio.
- Hacer entrega de apoyos económicos equiparables a seguros de desempleo.

- Establecer acuerdos con la Secretaría de Turismo para la habilitación de hoteles para que las PERTS y sus familias pernecten, y verificar que no se eleve el costo. En caso de no ser así, acondicionar albergues desde una mirada interseccional.
- Establecer programas de vivienda digna dirigidos a las PERTS, reconociendo la heterogeneidad de la población.

d) Acceso a la información

- Se requiere la implementación de mecanismos que favorezcan el acceso a la información y que tomen en cuenta que algunas poblaciones no cuentan con vivienda o dispositivos digitales.
- Es importante fortalecer las redes de apoyo y autocuidado desde el trabajo de base comunitaria.

La sociedad civil ha realizado diversas acciones para entender y atender las necesidades que enfrentan la PERTS ante la covid-19. Entre estas acciones se encuentran el acompañamiento presencial, elaboración de materiales didácticos sobre medidas para evitar contagios, entrega de despensas, alimentos preparados y apoyos económicos, instalación de campamentos temporales, donativo de ropa y calzado, distribución de insumos de protección (condones) y gestiones ante el Gobierno de la Ciudad de México.

Las personas trabajadoras sexuales que cuentan con vivienda han abierto sus puertas a otras compañeras que se quedaron sin hogar. Es así que se hace un llamado a la solidaridad y organización colectiva.

Es de relevancia respetar la autonomía de las PERTS, su capacidad de agencia, involucrarlas en el diseño de estrategias y política pública para la protección y garantía de sus derechos y los de sus familias.

Se requiere de una transformación cultural que atienda y entienda a las PERTS desde el ejercicio de su autonomía, pero también desde su contexto e interseccionalidades.



POBLACIONES CALLEJERAS EN LA CIUDAD DE MÉXICO





Los derechos de los grupos de atención prioritaria deberían ser garantizados como lo menciona la Constitución Política de la Ciudad de México, pero en un escenario tan complejo como el actual, son poblaciones que quedan en mayor vulnerabilidad, ya que, frente a las emergencias, las personas buscan salvar la vida, muchas veces olvidándose de que también hay otros grupos que necesitarán atención. Aquí es donde entra la labor gubernamental de diseñar estrategias para garantizar, en este momento de pandemia, el derecho a la vida.

Luis Enrique Hernández Aguilar,
Director de El Caracol A.C.

I. CONTEXTO DE LAS POBLACIONES CALLEJERAS⁶

Resulta muy importante comprender el concepto de poblaciones callejeras, pues a lo largo de la historia ha habido distintas formas de nombrarlas, sobre todo conceptualizaciones populares, que se empezaron a utilizar para referirse a un fenómeno que se encontraba invisibilizado.

En la década de los 70, se empezó a visibilizar a los niños que ocupaban la calle para sobrevivir y se les nombraba “niños de la calle”. Organismos internacionales como UNICEF ayudaron a colocar conceptualmente estos elementos; no obstante, el foco de atención o de alerta mundial era evitar que más niños y niñas estuvieran en la calle, pues se entendía que se encontraban solos y solas, sin tutela adulta. Esto motivó que la cuestión se atendiera desde una perspectiva paternalista, de tutelaje hacia las personas de la calle, fuesen niños o niñas o no.

Aun con toda la inversión y las acciones que se comenzaron a desarrollar, el fenómeno avanzó. Así, en el censo de 1995 se comprobó que en la Ciudad de México había alrededor de 14 mil 400 personas menores de edad en la calle y se calculaba un crecimiento del 6% anual. Lo interesante de este censo fue que buscó conceptualizar el fenómeno, dividiendo a las y los niños en dos categorías: aquellos y aquellas que pertenecían o estaban ocupando el espacio público para realizar todas sus actividades, y las y los que trabajaban en la calle. Esto aunado a la perspectiva de interpretación tutelar que se daba todavía a los derechos de los niños y niñas.

Sin embargo, estas conceptualizaciones llevaron a que el problema se individualizara y se aterrizará en las violencias en la familia, provocando que se buscara la protección de las infancias con una visión de cuidado, promoviendo la aparición de modelos de atención, de reeducación, atención psicológica, que no atendían a las familias, sino sólo a las y los niños y niñas, sin analizar el fenómeno social que, en sí, era y sigue siendo mucho más complejo. Hay un dinamismo en estos fenómenos de exclusión pues hoy la respuesta no ha cambiado.

Además, la respuesta a este fenómeno no fue homogénea, pues mientras que las organizaciones de la sociedad civil, a través de una perspectiva de derechos humanos, realizaban sus acciones de apoyo a las poblaciones, las instituciones del Estado se enfocaban en otras acciones, que muchas veces terminaban violentando los derechos de las personas, situación que hasta la fecha sigue sucediendo. Algunos modelos buscaban “curar” y no analizaban todas las aristas del fenómeno.

⁶ Durante la sesión participó Luis Enrique Hernández Director de El Caracol AC

El Caracol nació después de un análisis de los modelos de atención existentes, atendiendo a jóvenes, pues observaban que personas de 15 a 25 años no estaban recibiendo la atención de las instituciones. De esta manera, la organización inició con un modelo corto de seis meses que se amplió a dos años, mediante el que promovía que las personas pudieran transitar a un espacio fuera de las calles.

Este análisis llevó a El Caracol al concepto de poblaciones callejeras, y a reconocer desde un ámbito demográfico que hay colectivos humanos en todo el mundo, sobre todo en las grandes ciudades que no tienen que conocerse para reconocerse como una lógica poblacional, sino que el Estado Mexicano tiene que reconocerles como población, como colectivos en las calles, que comparten una cultura muy particular y que necesitan políticas públicas para mejorar sus condiciones de vida, que ya son complejas.

Con el entendimiento más comprensivo del fenómeno y en el entendido de que no son solo niños, niñas y jóvenes, sino que había una diversidad de poblaciones; colectivos que iban diseñando estructuras como grupos poblacionales, que compartían elementos económicos y estructuras sociales parecidas, que habían desarrollado una cultura, un lenguaje y formas de relacionarse aun desde la exclusión.

Es decir, desde la perspectiva de que son poblaciones que comparten elementos, estructuras sociales desde la exclusión, aunadas al desarrollo de culturas alternas y formas de relación, es que se ha entendido que las personas que viven en la calle o están en situación de calle forman parte de grupos de población, colectivos humanos que podemos conceptualizar como “poblaciones callejeras”.

Entonces, en este sentido, el concepto de poblaciones callejeras ayuda a dimensionar una complejidad de personas que necesitan una serie de intervenciones específicas y diferenciadas, porque cuando se habla de situación de calle lo que se intenta resolver es la situación, y con ofrecer un albergue o con pagar una renta dicha situación es subsanada, aunque sea sólo de forma temporal, ya que sus condiciones socioeconómicas no les permiten mantenerse fuera de la calle de forma permanente.

Las poblaciones callejeras no son un “elemento aislado” de la Ciudad; se encuentran imbricadas con sus espacios públicos y también con los vecinos, con las personas comerciantes, sus puestos, con los comercios, los transeúntes, etcétera. La jornada de sana distancia y el cierre de hoteles complejizaron sus formas de vivir en la calle, pues las relaciones mencionadas eran las formas de conseguir su alimento y vivienda.

Las poblaciones callejeras necesitan la protección del Estado porque tienen condiciones más complicadas que otros grupos poblacionales, pues presentan condiciones de salud que deben atenderse, duermen en la calle, no se alimentan bien, usan sustancias inhalantes que provocan daño a sus pulmones, además de las enfermedades crónico-degenerativas que generalmente padecen personas adultas mayores que pertenecen a esta población.

El Censo de Poblaciones Callejeras 2017 contabilizó a **4 mil 354 personas** que viven y sobreviven en las calles de la Ciudad de México y **2 mil 400 personas** que habitan en albergues públicos y privados; el **1.9% son niños y /o niñas**, mientras que hombres entre 18 y 40 años son el grueso de la población.

De acuerdo con el CONEVAL, en 2018 el 41.9% de la población presentaba al menos una carencia e ingreso insuficiente para cubrir necesidades. En México, el 7.4% presenta tres o más carencias bajo la línea de bienestar mínimo. Por ejemplo, carencias de acceso a la seguridad social, equivalentes al 57.3%, carencias por acceso a servicios de salud (16.2%) y carencias por acceso a espacios de vivienda (11.1%).

De acuerdo con el EVALÚA, en 2018 en la Ciudad de México 2 de cada 10 personas vivían en la pobreza extrema.

Según distintos censos, las poblaciones callejeras están integradas en su mayoría por hombres de edad media. Existe desigualdad económica, étnica y por tonalidad de piel. Muchas personas migrantes forman parte de las poblaciones callejeras, y la presencia de personas migrantes ha crecido por las llamadas caravanas provenientes de Centroamérica.

II. OBSTÁCULOS PARA EL ACCESO A DERECHOS

a) Acceso a servicios de salud

- Las poblaciones callejeras tienen acceso limitado a los servicios de salud; generalmente es necesario que las organizaciones les acompañen, ya que si van solos o solas hay una alta probabilidad de que no les atiendan por prejuicios y estigmas sobre la población.
- Las poblaciones callejeras en su mayoría no tienen seguridad social, debido a que no cuentan con empleos formales o con

documentos de identidad, lo que dificulta el trámite para obtener la hoja de gratuidad o acceder a los servicios brindados por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

- Existe un elemento de discriminación estructural dentro de los servicios de salud, lo que provoca que las poblaciones callejeras, no sólo durante esta emergencia sanitaria, sean las últimas en recibir atención, en caso de que la reciban.
- El concepto “inoperante para la vida”, dentro de la terminología médica, hace que las condiciones discriminatorias en el sistema médico se profundicen. En este sentido, preocupa a las organizaciones la manera en la que se pueda llegar a realizar el triage para los casos de escasez de recursos para la salud.
- La mirada meritocrática o de aportación social que permea en el discurso médico evita que las poblaciones callejeras tengan acceso a la atención médica y los recursos necesarios para el cuidado de su salud.
- Las estrategias de los estados frente a las emergencias por lo regular son excluyentes.
- La tutela de la maternidad viola los derechos reproductivos de las mujeres de las poblaciones callejeras. Se usa el estereotipo de “la buena madre” para valorar la crianza de los hijos e hijas.
 - La perspectiva de familia que se aplica para el acceso a servicios de salud impide muchas veces el acompañamiento y la toma de decisiones de personas que si bien no son familia en términos de consanguineidad o legal, sí lo son para efectos de relación y de afectos.

b) Acceso a una vida libre de violencia (seguridad)

- Discursos estigmatizantes señalan a la población como “foco de infección”, lo que provoca actos agresivos de la sociedad contra estas poblaciones. Estrategias de sanitización de sus cosas en las calles son reportadas frecuentemente.
- Las políticas gubernamentales no están pensadas para la protección de todas y todos, sino para la protección de ciertos colectivos, ya que el Estado desconoce los fenómenos y mantiene una perspectiva individualista, violentando derechos no sólo de las poblaciones callejeras, sino de otros grupos de atención prioritaria.

- Antes y durante la pandemia se han documentado casos de detención arbitraria y hostigamiento policial; también existen casos de violencia ejercida por personas servidoras públicas contra las poblaciones callejeras.
- Las poblaciones callejeras se encuentran en un constante enfrentamiento con la autoridad policial, pues durante los operativos para desalojarlos de los lugares donde duermen y conviven, la fuerza policial hace uso de la violencia y muchas veces se les criminaliza.
- Existen casos de niños y niñas que son separados con violencia de sus familias para ser institucionalizados(as) de manera forzada, lo cual provoca un impacto psicosocial en ellas, ellos y en sus madres y padres.
- Se ha registrado una negativa de las instituciones de atención a infancias a que las madres vean a sus hijos y/o hijas.
 - Dentro de la complejidad de las poblaciones callejeras, hay personas mayores y personas con discapacidad que además viven con mayor fuerza la violencia institucional de los operativos, pues no pueden huir y llevarse sus cosas.
 - Las violencias que se viven en la calle y por parte de las autoridades tienen un fuerte impacto en la salud mental.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda y alimentación)

- Las poblaciones callejeras dependen de la interacción con todas las personas y la construcción de redes comunitarias, pues mediante éstas obtienen recursos económicos para comprar alimentos o pagar una noche de hotel. No obstante, el aislamiento social como medida sanitaria de protección ha dejado sin recursos económicos y de vivienda a estas poblaciones.
- Con la indicación del cierre de hoteles por la covid-19, se registraron ocasiones en las que en una sola tarde, 150 personas que ya tenían un empleo que les permitía pagar una noche de hotel terminaron en la calle, además del avistamiento de nuevos colectivos.

- Con esta medida, la situación de las familias se complejizó, pues ahora no sólo se preocupan por conseguir alimento, sino también vivienda. Esto provoca que haya niñas y niños en riesgo que permanecen en el espacio público.
- Con la emergencia sanitaria por la covid-19, los procesos de vida independiente por los que atravesaban diversas familias apoyadas por organizaciones se encuentran en peligro de coartarse, si no se implementan nuevas estrategias gubernamentales para apoyarles.
 - La emergencia sanitaria ha obligado asimismo al cierre o control de plazas y jardines, por lo que no pueden buscar un espacio allí para acomodarse y dejar sus cosas. Ello les expone a otros peligros.
- También se identifica la presencia de personas mayores, es decir de más de 60 años, que han salido a vivir a las calles por diferentes situaciones, ya sea por la pérdida de su trabajo o porque su familia ya no quiso o no pudo atenderles, o porque les corrieron de sus casas. Aunque es un fenómeno que se observaba antes de la pandemia, bajo las condiciones actuales se ha agudizado.

d) Acceso a la información

- No tienen acceso a información científica y veraz, ya que la información es limitada dentro de sus propios contextos.

e) Acceso al agua

- Una de las medidas que se resaltan para la prevención del contagio por covid-19 es el lavado de manos. Las poblaciones callejeras están teniendo todavía más problemas para acceder al agua, pues los lugares donde accedían a ésta y a los servicios sanitarios se encuentran cerrados.

III. PROPUESTAS PARA EL ACCESO A DERECHOS

a) Acceso a servicios de salud

- Para emitir un mensaje sobre el número de casos de contagio por covid-19 de alguna de las poblaciones, el Estado debe contar

con la confirmación, además de cuidar la emisión del mensaje que se dará al público y las vías a través de las cuales se dará a conocer la información. En el caso de las poblaciones callejeras es especialmente sensible esta información, pues ya pesa sobre ellas el estigma de la “infección”.

- La confirmación de contagios por covid-19 permite realizar un tratamiento y desarrollar una estrategia de prevención con un cinturón sanitario.

- Las brigadas médicas móviles del Gobierno de la Ciudad de México son una medida pertinente que debería existir no sólo durante la pandemia, sino de manera permanente, ya que previenen y atienden padecimientos de salud de las poblaciones callejeras.

b) Acceso a una vida libre de violencia (seguridad)

- Acompañamiento paulatino y no violento para padres y madres en el cuidado y educación de sus hijos o hijas, para mejorar sus condiciones de vida.

- Es necesario que las instancias de protección de niñas y niños tengan una perspectiva de derechos de las infancias, de poblaciones callejeras y de derechos humanos para que las estrategias que diseñen realmente les protejan y no violenten su derecho a la familia, así como el derecho de los niños y las niñas a su familia.

- Diseñar estrategias en las que se atienda a las familias que viven en calle de forma integral; no tutelar, no individualista, no paternalista y no discriminatoria, para que la atención brindada sea digna, cálida y que mejore las condiciones de las familias en conjunto.

- Brindar acompañamiento feminista a las mujeres de las poblaciones callejeras en la exigencia de sus derechos.

- Estructurar una campaña que emita el mensaje de que en tiempos de pandemia y en general, la solidaridad social y la no discriminación pueden reducir las brechas de desigualdad existentes.

- El Estado debe provocar una estructura interinstitucional de

protección que permita que las poblaciones callejeras vuelvan a confiar en éste. La estrategia diseñada debe reforzar la confianza de las personas de las poblaciones callejeras en sí mismas, en que pueden avanzar y tener nuevas oportunidades.

- Esta estrategia también debe mantener las perspectivas de poblaciones callejeras, derechos humanos e inclusión, que considere los distintos servicios y apoyos que cada persona necesita para que puedan abandonar la calle. Esta estrategia debe ser libre de violencia y permitirles tomar decisiones.
- Las instituciones, no sólo durante la pandemia, deben encabezar el mensaje de inclusión y generosidad.
- Las poblaciones callejeras necesitan tener opciones para que en la medida de sus condiciones vayan mejorando, pues si no miramos la diversidad existente y seguimos generalizando, las estrategias generadas no funcionarán y seguirán violentando sus derechos. Por lo tanto, es importante tener en perspectiva la autonomía en función de los recursos que las poblaciones callejeras tienen.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda y alimentación)

- El llamado es a la solidaridad social, para apoyar a las familias en el tema de alimentación.
- Brigadas de acercamiento a las poblaciones callejeras en municipios y alcaldías con protocolos rígidos de seguridad sanitaria y previa capacitación para evitar los miedos y prejuicios discriminatorios.
- Apertura de hoteles para albergar de forma gratuita y con un protocolo de seguridad sanitaria a las poblaciones callejeras.
- Presupuesto con enfoque de derechos humanos, para que la política pública sea incluyente y los recursos sean ocupados de manera óptima, enfocados al mejoramiento de las condiciones de vida de los grupos de atención prioritaria.

d) Acceso a la información

- El diseño de una metodología que permita un censo de poblaciones callejeras que emita datos exactos, que sirva para

saber cuántos y cuántas son, en qué condiciones se encuentran y dónde se ubican; para generar estrategias y políticas públicas adecuadas.

- Brigadas especializadas que brinden información veraz a las poblaciones callejeras.
- Favorecer diálogos entre diferentes corrientes de pensamiento, desde un ámbito no discriminatorio sobre políticas públicas, derechos humanos, autonomía y que busquen nuevas alternativas.

e) Acceso al agua

- La instalación de depósitos de agua con dispensadores de jabón líquido cerca de los centros de reunión de las poblaciones callejeras, ya que esto les puede salvar la vida.

IV. Acciones de El Caracol durante covid-19

Durante esta contingencia sanitaria, El Caracol ha implementado la estrategia “SOS en las calles por el derecho a la salud frente a la pandemia covid-19”, que consta de:

- Entregar una postal informativa sobre covid-19, con indicadores de salud, medidas de protección, datos de los hospitales a los que deben acudir en caso de presentar algún síntoma, con los números telefónicos de emergencia; redactada en un lenguaje sencillo, comprensible para todas las personas.
- Dar un taller exprés sobre covid-19, los medios de contagio, el significado de la sana distancia, la técnica de lavado de manos, para la que llevan agua y jabón líquido. Además de tomar la temperatura de las personas asistentes para detectar posibles casos que requieran atención inmediata.
- Entregar kits a las personas de las poblaciones callejeras que contienen el gel antibacterial, la postal, cubrebocas y jabón líquido en bolsitas.

Para realizar estas brigadas, el equipo de El Caracol tomó un curso de capacitación detallado sobre covid-19 facilitado por la Dra. González de

la Clínica Condesa, con el objetivo de conocer qué debían comunicar y cómo debían hacerlo. También, el equipo completo se realizó estudios para conocer su condición médica y saber si podían salir a las calles. Crearon un protocolo de seguridad sanitaria para evitar contagiarse y contagiar a las poblaciones callejeras, además de contar con un monitoreo de salud realizado por una profesional especializada en el tema.

A su vez, todos los jueves entregan despensas con alimentos y productos de higiene personal a los grupos de poblaciones callejeras.



POBLACIÓN LGBTTTIQ+ EN LA CIUDAD DE MÉXICO



A large crowd of people is gathered for a Pride parade. Many individuals are holding up rainbow flags, and some are using umbrellas for shade. The scene is vibrant and celebratory, with people of various ages and ethnicities participating. The background shows a city street with trees and buildings.

*Si queremos saber cómo se
entrecruza la pandemia con
algunas comunidades y sus
vulnerabilidades, es importante
saber dónde estamos y de dónde
partimos.*

Alehlí Ordóñez ,
Directora Ejecutiva de LEDESER
A.C.

I. CONTEXTO DE LA POBLACIÓN LGBTTTIQ+⁷

Los movimientos sociales en América Latina se han caracterizado por la conglomeración, situación que cambia ante el contexto de la pandemia por covid-19. Por ello el reto hoy es atender las necesidades y obstáculos que ya enfrentaban las personas lesbianas, gay, bisexuales, travestis, transexual, transgénero, transexuales, intersexuales, queer, y cuyas identidades y orientaciones sexuales son no normativas (LGBTTTIQ+) y aquellas que están surgiendo.

En **19 estados del País el matrimonio igualitario es legal⁸** y en **9 es posible realizar una adecuación del acta de nacimiento⁹** para reconocer la identidad de género autopercibida. Más de la mitad de las entidades todavía no reconocen legalmente a las familias homoparentales, lesbomaternales y familias diversas, por consiguiente las garantías relativas al derecho a la familia, así como a la adopción, la tutela y sucesión legítima, las pensiones alimenticias entre cónyuges, entre otros, no se cumplen.

Sin embargo, las organizaciones perciben un retroceso en la consolidación de los derechos de la población LGBTTTIQ+ en la Ciudad de México. Un ejemplo es la negativa o retraso en los trámites para el matrimonio igualitario y reconocimiento de familias lesbo/homoparentales que no viven en la Ciudad de México, toda vez que el Código Civil refiere la independencia de su lugar de residencia o la imposibilidad de realizar cambios administrativos de acta de nacimiento para menores de edad trans. Estas “pequeñas” distinciones en la legislación suspenden algunos derechos, los cuales son fundamentales para el acceso a otros.

Aunado a lo anterior, según el informe emitido por Letra S¹⁰ hubo un incremento en crímenes de odio hacia la población LGBTTTI+ durante el primer año de este sexenio de gobierno (2018-2024), de los cuales solo 6 casos han sido investigados como crímenes de odio.

Hay un rezago educativo en la población LGBTTTI+ el cual se agrava en personas cuya vivencia de género es no normativa.

La jornada de distanciamiento social ha impedido que se lleven a cabo las acciones de acompañamiento y de pares entre jóvenes LGBTTTI+, lo que impide el acompañamiento para la adherencia con antirretrovirales y el

⁷ Durante la sesión participaron Alehlí Ordóñez de Litigio Estratégico en Derechos Sexuales y Reproductivos, A.C. (LEDESER), Iván Tagle de Y++AAJ México, A.C. y Nathan Ambriz de Transmasculinidades MX.

⁸ Es importante hacer dos precisiones, por un lado, desde 2015 la Suprema Corte de Justicia de la Nación emitió su jurisprudencia genérica en donde se determina que cualquier diseño normativo que establezca que el matrimonio debe ser entre un hombre y una mujer y/o con fines de procreación, ello posibilita que cualquier pareja pueda casarse por medio de un amparo en cualquiera de los estados en donde el matrimonio no ha sido legalizado por alguna vía; por otro lado, la legalización del matrimonio ha sido por vías muy diversas: 10 entidades — Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, San Luis Potosí y la Ciudad de México ha reformado sus Códigos. 5 entidades — Aguascalientes, Chiapas, Jalisco, Nuevo León y Puebla han sido derrotados en la Suprema Corte, la que ha resuelto inconstitucionales las normas sobre el matrimonio. Quintana Roo decidió que su normativa civil no era específica y por lo tanto permitía el matrimonio entre personas del mismo sexo. Y 2 entidades— Baja California y Chihuahua, si bien no han modificado sus códigos, no los aplican en sede administrativa y casan parejas del mismo sexo. (Agradecemos a Rex Wockner por los datos).

apoyo para los casos de violencias domésticas e inclusive confinamientos obligatorios para ser sometidos a “terapias de conversión” o ECOSIGs. Muchas estrategias de apoyo a las personas de la diversidad sexual y de género, en especial jóvenes, se basan en la construcción de comunidad y apoyo de pares.

El enfoque interseccional es fundamental para entender qué acciones y respuestas se requieren ante las realidades que se entrecruzan y agravan las problemáticas. Sin embargo, en el actual contexto de la pandemia por covid-19 con respecto a la población LGBTTTI+, hay que prestar mayor atención a personas mayores en situación de desamparo o que no cuentan con apoyos directos, personas trans que no tienen acceso a las terapias de remplazo hormonal, personas trabajadoras sexuales, madres lesbianas que viven discriminación múltiple por su género y su orientación, personas que viven con VIH u otras comorbilidades, padres gays que no cuentan con las actas de nacimiento de sus hijas e hijos, y falta de acceso al cambio administrativo de actas de niñas, niños y adolescentes con vivencia de género no normativa.

II. OBSTÁCULOS PARA EL ACCESO A DERECHOS

a) Acceso a servicios de salud

- Los grupos que brindan asesoría y apoyo emocional a personas trans, sus familias y parejas, antes y durante su proceso de transición, lo realizan de forma digital o a distancia (líneas de atención). Cabe señalar que la demanda ha incrementado y metodológicamente, no es viable brindar acompañamiento a grupos grandes.
 - Las personas trans requieren de apoyo emocional, pues la incomodidad y sensación de disforia pueden exacerbarse con el confinamiento y la falta de contención y apoyo emocional.
- La población LGBTI tiene mayor probabilidad de desarrollar trastornos como depresión y ansiedad a causa del rechazo y violencia familiar y social. Esto se agrava con el confinamiento,

⁹ Las entidades son Ciudad de México, Coahuila, Colima, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, San Luis Potosí, Tlaxcala.

¹⁰ La organización LetraS emitió un informe en el 2019 sobre Crímenes de Odio contra la población LGBT que puede consultarse aquí <http://www.letraese.org.mx/proyectos/proyecto-1-2/> En junio de 2020, se publicó un boletín de prensa en donde se daba cuenta de que “durante el 2019 al menos 117 personas LGBT fueron ultimadas en México por motivos relacionados a la orientación sexual o a la identidad o expresión de género de las víctimas. Lo que representa la cifra más elevada de los últimos cinco años. Y significa que, en nuestro país, cada tres días es asesinada una persona gay, lesbiana, bisexual o transgénero. En el último lustro, el periodo que va de 2015 al 2019, al menos 441 personas LGBT fueron víctimas de violencia homicida. El 2019 fue el año más violento del quinquenio, con un aumento de 27 por ciento con respecto a la cifra del año anterior y se colocó muy por encima del promedio de 88 homicidios de personas LGBT al año en ese periodo de tiempo, lo que confirma la tendencia ascendente de este tipo de violencia extrema motivada por el prejuicio hacia las diversidades sexuales y de identidades de género”.

los duelos reales y simbólicos (como la cancelación de proyectos planeados) por la pandemia de la covid-19, la sensación de disforia en el caso de las personas trans. Lo anterior puede orillar al suicidio.

- El incremento de estrés, ansiedad y depresión también se presenta en personas LGBTI que brindan acompañamiento a sus pares.
- Madres y padres que no aceptan a sus hijas e hijos trans pueden tener un impacto en su salud mental derivado de la interrupción en la transición.
- Jóvenes LGBTTTI+ que viven con VIH y han decidido no compartir su condición de salud con sus familias interrumpieron su tratamiento antirretroviral por temor a abrir su diagnóstico en casa. Esto, además, les pone en mayor riesgo ante covid-19.
- Desabasto de medicamento antirretroviral para el tratamiento de VIH, Hepatitis C y otras enfermedades crónico-degenerativas.
- Preocupación de las personas trans debido a que las instituciones de salud pública (Clínica Condesa) han suspendido citas para iniciar las terapias de reemplazo hormonal (estrógenos, progestágenos y bloqueadores de testosterona), y realizar estudios generales y específicos. Algunas personas trans han reportado requerir atención inmediata por lo que asisten a servicios médicos privados; es importante señalar que es poco el personal de salud sensibilizado sobre las vivencias trans y sus necesidades.
 - No se sabe si la covid-19 afecta de manera específica y más grave a quienes están recibiendo tratamiento hormonal.
- Otro servicio que se suspendió es la atención psicológica a personas trans.
 - Algunas familias que rechazan a sus hijos, hijas e hijos LGBTTTI+ han “aprovechado” la situación para someterles a servicios de psicología con finalidades de “conversión”, lo que lastima la salud mental y emocional de las personas, además de que les expone a la violencia.
 - No hay perspectiva diferenciada en la información relacionada con la salud.
 - Impactos graves de personas que son usuarias de drogas o sustancias psicoactivas.

b) Acceso a una vida libre de violencia

- Los dispositivos móviles e internet se han convertido en instrumentos para la supervivencia al solicitar apoyo, denunciar, dar seguimiento a casos por violencia. Sin embargo, los jóvenes LGBTTTTI+ no cuentan con estas herramientas si viven en espacios hostiles.
- Las personas LGBTTTTI+ que son dependientes económicamente pueden contar con vivienda y alimentación bajo condiciones de extorsión, hostilidad y violencia.
- Debido a la hostilidad, rechazo y/o discriminación por motivos de orientación sexual, identidad y expresión de género por parte de las familias, hay un incremento drástico de jóvenes en situación de desplazamiento interno forzado (huyen o son expulsados de sus casas). La capacidad de respuesta de la sociedad civil se vio limitada.
- Las personas jóvenes LGBTTTTI+ son sometidas a “terapias de conversión” o ECOSIGs de forma virtual.
- Algunas personas jóvenes que han concertado encuentros sexuales mediante aplicaciones de citas fueron drogadas para robarles sus objetos y abusar sexualmente de ellas.
- Violencia, incluso asesinato a personas LGBTTTTI+. México es el segundo país que registra mayor casos de asesinatos a personas trans en el mundo. Especialmente a las trabajadoras sexuales trans que trabajan en calle, están expuestas a las violencias por tener que trabajar en la clandestinidad.
- Dificultad de seguimiento de casos de violencia doméstica hacia la población LGBTTTTI+ derivado del confinamiento.
- El rechazo hacia la población LGBTTTTI+ se ha disfrazado con la Jornada de Sana Distancia por parte de la sociedad.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda y alimentación)

- Tras la Declaratoria de Emergencia Sanitaria en la Ciudad de México, se enfrentan diversos cambios en las condiciones de trabajo y en la fuente de ingresos. Se recomienda el teletrabajo; sin embargo, algunos giros laborales fueron obligados a cerrar, y se generaron alternativas para obtener ingresos económicos como el autoempleo, emprendimiento y adopción de aplicaciones

de repartición.

- Las personas que ejercen el trabajo sexual (PERTS) en vía pública, principalmente mujeres trans, son afectadas en cuanto a la inmediatez de ingresos económicos debido al cierre de establecimientos hoteleros y la Jornada de la Sana Distancia.
- Un sector que cesó fue el cultural, del cual las personas con identidades no normativas generalmente obtienen ingresos económicos; también son espacios que permiten tejer redes de apoyo y canalizar las emociones. Algunas de estas actividades son canto, ilustración, música, actuación, baile, teatro, drag en todas las categorías, cuentacuentos, ballroom, entre otras. En el mismo sentido ha sucedido con el cierre de las estéticas y hoteles.
- En particular, las lesbianas madres o familias lesbomaternales enfrentan la brecha salarial por motivos de género.
- El cierre de mercados públicos y bodegas de la Central de Abastos incrementa la erogación en alimentos, pues se realizan compras en tiendas de autoservicios, convencionales o a domicilio.
- La asociación civil YAAJ México ha implementado el programa Housing, que consiste en vincular a jóvenes que huyen o son expulsados de sus hogares con diversas familias para brindarles asilo temporalmente. Sin embargo, por el contexto de la pandemia, el programa se interrumpió y existen muchos jóvenes sin techo.
 - Las violencias familiares en contra de las personas LGBTTTTI+ han impactado directamente en su calidad de vida, en el acceso a vivienda, trabajo y alimentación.
 - No es fácil el acceso al arrendamiento de una vivienda por los prejuicios de que son objeto las personas LGBTTTTI+
 - La pandemia evidenció la necesidad de contar con un albergue para poblaciones LGBTTTTI+, en especial jóvenes. El Albergue Casa Frida es un ejemplo de ello.
 - Los albergues existentes normalmente no aceptan a personas trans, por ello se instaló el Albergue Paola Buenrostro.
- Las personas jóvenes LGBTTTTI+ de diversas nacionalidades se encuentran varadas en México.
- La asociación civil YAAJ México ha identificado al menos 32

casos de jóvenes LGBTTTI+ que no pueden solventar necesidades básicas como alimento y medicación.

d) Acceso a la información

- Al no contar con dispositivos móviles, existen barreras para acceder a grupos de apoyo, información, trámites y servicios. En particular no se tiene acceso a información especializada, ya que la radio y televisión no toman en cuenta las particularidades de los GAP, incluyendo la población LGBTTTI+.

- No hay información diferenciada que permita saber los impactos de la enfermedad en la salud de personas trans con tratamiento hormonal o personas que viven con VIH.

e) Derecho a la identidad

- Derivado de la Declaratoria de Emergencia Sanitaria en la Ciudad de México, el Registro Civil pausó las citas para el cambio de actas de nacimiento que reconozcan la identidad autopercebida de las personas trans.

- Diversas instituciones han interrumpido los trámites presenciales, lo cual retrasa la homologación de documentos de identidad de las personas trans, como es el caso del Instituto Nacional Electoral. Es importante señalar que al no reconocer la identidad autopercebida de las personas trans, no se puede acceder a otros derechos como la salud, educación, trabajo.

- Sigue pendiente la reforma al Código Civil y de Procedimientos Civiles del Distrito Federal para garantizar la libre determinación y expresión de la identidad de género de niñas, niños y adolescentes mediante un procedimiento administrativo y no vía judicial. Cabe señalar que se han interpuesto 19 amparos en contra del Gobierno de la Ciudad de México sobre el tema.

II. PROPUESTAS PARA EL ACCESO A DERECHOS

Es imprescindible que el Gobierno de la Ciudad de México implemente políticas públicas y acciones focalizadas para la atención de la población LGBTTTI+, partiendo de diagnósticos que identifiquen cuáles son

las necesidades que enfrentan y cómo afrontarlas en conjunto con organizaciones de la sociedad civil y mediante una planeación.

También es fundamental que se realice un mapeo de organizaciones de la sociedad civil, así como fortalecer estrategias durante dos momentos: el pico máximo de contagios y el proceso de la nueva normalidad.

a) Acceso a servicios de salud

- La salud mental debe ser prioridad para su atención desde un enfoque de igualdad y no discriminación. Brindar servicios virtuales de acompañamiento.
- Brindar atención médica de forma virtual a personas trans que han interrumpido su tratamiento de reemplazo hormonal.
- Promover acciones que favorezcan el autocuidado de las personas defensoras de derechos humanos.
 - Acceso a los servicios de salud sin prejuicios en cualquier institución.
 - Sancionar a los profesionales de la salud que realicen o fomenten “terapias de conversión”.

b) Acceso a una vida libre de violencia (seguridad)

- Brindar asesoramiento a personas LGBTTTI+ que viven violencia y reubicarlas en espacios seguros, por ejemplo albergues construidos por sociedad civil.
- Brindar acompañamiento a personas LGBTTTI+ y sus familias.
- Reforma al Código Civil de la Ciudad de México sobre diversidad familiar que incluya reconocimiento de hijas e hijos, registro de nacimiento, gestación por sustitución.
- Reforma al Código Civil y de Procedimientos Civiles del Distrito Federal para garantizar la libre determinación y expresión de la identidad de género de niñas, niños y adolescentes mediante un procedimiento administrativo y no vía judicial.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda y alimentación)

- Garantizar asistencia directa a las personas LGBTTTI+, en particular personas trans, para el acceso a la alimentación y vivienda a través de la provisión de productos de higiene y alimenticios de forma directa o apoyos económicos.
- Promover créditos y programas de vivienda digna dirigidos a la población LGBTTTI+ reconociendo la heterogeneidad de la población.
- Programas sociales que atiendan el desempleo.
 - Establecer un albergue para jóvenes LGBTTTI+ víctimas de discriminación y violencias.

d) Acceso a la información

- Garantizar información relevante, oportuna y pertinente con perspectiva interseccional en medio masivos.
- Establecer una línea telefónica de atención para asesorar y orientar a las personas respecto a los recursos y servicios

Diversas organizaciones de la sociedad civil implementan actividades a distancia o de forma digital, tales como acompañamiento individual o grupal, transmisiones en vivo sobre temáticas particulares, recomendaciones de materiales, línea de atención psicológica, albergue o vinculación con familias que brindan asilo temporalmente, canalización con otras organizaciones sociales, atención legal, generar una bolsa de trabajo y vincular con iniciativa privada. También han promovido la interlocución con embajadas de México en otros países como Bélgica, Canadá, Australia para la vinculación con organizaciones civiles de dichos países.

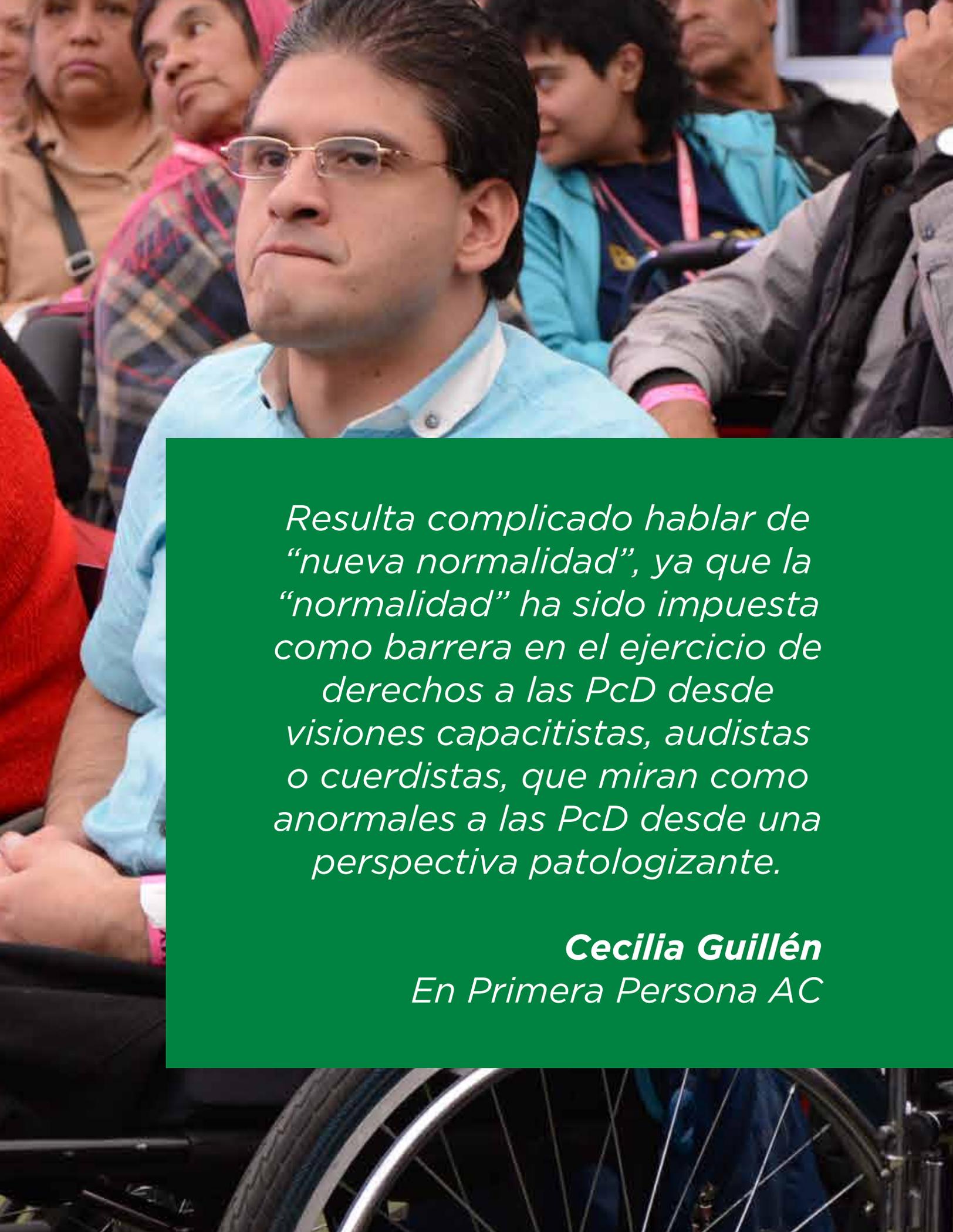
LEDESER creó la Red de apoyo comunitario feminista-LGBTI, frente a covid-19¹¹ para articular acciones en favor de poblaciones en situación de mayor exposición o vulnerabilidad en el marco de la contingencia, atender necesidades inmediatas e informar mediante fuentes verificadas y proveer recursos útiles comunitarios. El mecanismo que emplea es mediante un formulario que identifica a personas que requieren apoyo inmediato, personas que requieren apoyo, personas que quieren apoyar a la comunidad, listado de recursos e información de la comunidad y bolsa de trabajo. Asimismo, genera insumos que permitirán la identificación de las necesidades de la población LGBTTTI+ para su atención adecuada.

¹¹@RedLGBTI_COVID



PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE MÉXICO



A man with dark hair and glasses, wearing a light blue button-down shirt, is seated in a wheelchair. He has a thoughtful expression, looking slightly to the left. In the background, other people are visible, some wearing lanyards, suggesting a conference or public event. The image is partially overlaid by a green text box.

Resulta complicado hablar de “nueva normalidad”, ya que la “normalidad” ha sido impuesta como barrera en el ejercicio de derechos a las PcD desde visiones capacitistas, audistas o cuerdistas, que miran como anormales a las PcD desde una perspectiva patologizante.

Cecilia Guillén
En Primera Persona AC

I. CONTEXTO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD¹²

De acuerdo con el **censo de población 2010**, el **5.1% de la población** total eran personas con discapacidad. Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, en la **Ciudad de México el 4.7% de la población vive con una discapacidad, entre la cual hay más mujeres (5.4%) que hombres (4%).**

Uno de los grandes mitos que existe cuando se habla de personas con discapacidad (PcD) es que son un sector diferente, se colocan aparte, como si fueran un subgrupo de personas, y al pensar que no forman parte de lo mismo, se excluyen del acceso a determinados derechos. Esta concepción es totalmente errónea, pues todas las personas cuentan con todos los derechos que están establecidos en las leyes, por lo que se debe considerar a la población con discapacidad de una manera integral, justa, pero sobre todo desde una perspectiva de derechos humanos en donde todas las personas tengan la posibilidad de acceso sin barreras.

Las PcD constantemente han estado excluidas, no sólo durante esta pandemia, puesto que es un tema de años de prácticas y de una sociedad que no ha logrado compensar y eliminar las brechas de desigualdad existentes.

Cuando se habla de derechos es muy importante situarse, pues los derechos se ejercen en un territorio, no en el aire; es en un territorio y desde allí, desde los derechos de la Ciudad y el derecho a la Ciudad, marcar muchos de los temas que ahorita son prioritarios. No sólo desde la visión de grupos prioritarios, sino de acciones prioritarias.

El tratamiento de las personas con discapacidad ha sido diferente a lo largo de la historia de la humanidad, se han implementado varios modelos:

- **Modelo de prescindencia:** las personas con discapacidad no contaban como seres productivos o relevantes en la participación para la sociedad. Se planteaba que se podía prescindir de ellas. En este modelo de prescindencia, las personas no tienen valor, no se les tiene que preguntar, no tienen nada que aportar a la sociedad. Las leyes de eugenesia de la época nazi durante la segunda guerra mundial son un ejemplo claro de este modelo. En México existe un antecedente importante: después de la Revolución Mexicana, el presidente Carranza junto con el legislativo, pusieron en vigor

¹² Durante la sesión participaron Laura Bermejo, Presidenta de Libre Acceso, A.C.# y Cecilia Guillén, Fundadora de En Primera Persona, A.C.

la ley de relaciones familiares, la cual estuvo vigente en todo el país y ordenaba evitar la reproducción y matrimonio de aquellas personas que se podían considerar una carga para la sociedad. Esta ley de eugenesia también era capacitista, ya que mantenía la concepción de que una PcD no podía aportar a la patria o a la sociedad en general o incluso a su familia. Hoy día continúa siendo un impedimento para contraer matrimonio el tener una discapacidad (artículo 156 fracción X en relación con el 450 fracción II, ambos del Código Civil de la Ciudad de México).

• **Modelo médico asistencial:** conforme fueron evolucionando y haciéndose más sólidas científica y epistemológicamente todas las derivaciones de la ciencia médica, llegó la premisa de curar a las personas. Ésta no fue una cuestión arbitraria de los médicos; simple y sencillamente lo que pasaba era que las políticas públicas estaban demandando esto. Después de la Segunda Guerra Mundial, las naciones tenían una población que había sufrido los efectos de la guerra, de la hambruna, había mucho personal profesional de sus ejércitos que había sufrido en la guerra alguna merma particular. Entonces, para atender a sus ejércitos implementaron medidas masivas de rehabilitación para la población que había adquirido la discapacidad en guerra.

Empero, en ese momento estaba muy diferenciada la atención que se daba a una población que había adquirido una discapacidad en estas cuestiones heroicas, y la que se brindaba a quienes habían nacido con una situación congénita; seguían manteniendo la ley de eugenesia, ya que las personas que no habían aportado a la guerra y no habían aportado a la sociedad tenían, para ambos modelos, un carácter descartable.

Estos dos modelos tienen en común una visión sobre la discapacidad enfocada en la deficiencia que puede tener la persona, y sobre todo no valoran su dignidad, ni se dignifica su aportación a la sociedad. Estos dos modelos estaban siendo atendidos tanto en presupuesto como en acciones de emergencia para las PcD por las situaciones como se iban dando: una guerra que aparecía, otra epidemia.

• **Modelo social:** después de las discusiones en la década de 1960 y 1970 en Inglaterra sobre si la discapacidad estaba en la persona o estaba dada por las condiciones de la sociedad, surge el modelo social de la discapacidad. Esta discusión se estaba

dando en Universidades, tanto inglesas como americanas, y llegó a hacerse común en el colectivo, lo que impactó en los primeros trabajos, a partir de 2001, de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que está vigente en México desde mayo de 2008. En esta ocasión ya hay una reflexión acerca de cómo se deberá tratar a la persona con discapacidad, teniendo en cuenta una concepción previa acerca de la relevancia de la dignidad como base de la humanidad.

Bajo este modelo social, la premisa es que la sociedad impone barreras a las PcD, y esas barreras interactúan con una condición que vive la persona a nivel corporal, anímico y sensorial, estas barreras son las que limitan el acceso a los derechos de las PcD. Así, estamos hablando de una triada que tiene un punto en común: la carencia de derechos. Entonces la barrera es lo que está generando que la persona con discapacidad no acceda a un derecho en particular.

El modelo social es un paradigma importante, porque a partir de éste se toma conciencia del valor de la persona, de que siempre va a ser valiosa su aportación a la sociedad, y de que siempre va a ser valiosa la solución que presente a las necesidades de la nación.

Este modelo social cuando se mueve a un modelo de derechos humanos, que es el modelo más acabado, dice que es necesario diseñar pensando permanentemente que el estándar aplicado a una persona con discapacidad siempre va a ser óptimo, va a ser mejor que el que se le aplica a una persona sin discapacidad, ya sea la comodidad de una rampa o apoyos para que las personas tomen decisiones con respecto a su vida. El modelo social explica que se debe abordar la primera solución pensando cómo salvaguardar la dignidad de la persona que está involucrada en un conflicto legal, o bien cómo hacer más evidente el reconocimiento a la diversidad humana y cómo ésta aporta a la sociedad.

Los modelos no son etapas históricas, ya que se van complementando, traslapando o superando según haya presupuesto.

Durante covid-19 una acción de prescindencia fue lo que sucedió antes del amparo presentado por organizaciones de la sociedad civil, sobre la necesidad de la interpretación en Lengua de Señas Mexicana (LSM) en todas las comunicaciones gubernamentales en materia de la emergencia sanitaria.

Ahora bien, las personas con discapacidad no son homogéneas respecto de sus necesidades; existen diversidad de discapacidades con una diversidad de necesidades y obstáculos en el acceso a los derechos. Esta perspectiva es fundamental a la hora de diseñar medidas específicas para este grupo de población. Por ello es importante desterrar algunos mitos, como que las PcD son siempre dependientes o viven con otras personas.

Desde esta perspectiva, resulta complicado hablar de “nueva normalidad”, ya que la “normalidad” ha sido impuesta como barrera en el ejercicio de derechos a las PcD desde visiones capacitistas¹³, audistas¹⁴ o cuerdistas¹⁵, que miran como anormales a las PcD desde una perspectiva patologizante.

II. OBSTÁCULOS PARA EL ACCESO A DERECHOS

En muchos escenarios, no sólo durante esta pandemia, las organizaciones de la sociedad civil han tenido que presionar o trabajar junto con el gobierno para que se generen medidas de protección y atención para las PcD.

Las carencias de accesibilidad promueven la desproporción en los derechos, mostrando que no es la persona la que no tiene la capacidad de ejercicio, sino la sociedad, el contexto y las instituciones quienes limitan sus derechos.

a) Acceso a servicios de salud

- Covid-19 vino a evidenciar las fallas que ya existían en el sistema de salud, haciendo visible la discriminación que ejerce por alguna condición.
- En estos momentos de pandemia, la situación de las PcD se ha vuelto más crítica.
- Las PcD están sujetas a riesgo de contagio por el entorno y las condiciones a las que se enfrentan, ya que en muchas ocasiones no cuentan con las medidas de prevención, atención y de cuidados adaptadas o accesibles a su tipo de discapacidad.
- Las personas con discapacidad visual usan sus manos para acercarse o allegarse a su entorno, para utilizar los objetos que tienen como ayudas técnicas, como un perro de asistencia, y si no tienen acceso a medidas de prevención como la técnica de lavado de manos, su riesgo de contagio será mayor.

¹³ Desproporción por la capacidad, quien vive con discapacidad no es útil.

¹⁴ Pensar que todas las personas debemos oír.

¹⁵ Se parte de que solo quien está “cuerdo” es eficaz, frente a quien está “loco” que no lo es.

- Existe una preocupación sobre el seguimiento a derechos de las personas con discapacidad posterior a la pandemia, ya que las organizaciones tienen la inquietud de saber si podrán continuar accediendo a los servicios que necesitan para el desarrollo de su vida diaria, pues son derechos ya ganados y que les requirieron años de trabajo.
- Covid-19 ha afectado a las personas con discapacidad psicosocial, pues el aislamiento provoca que se perjudiquen sus tratamientos psiquiátricos; ha modificado roles, horarios y acceso a medicamentos, así como la idoneidad de los tratamientos.
- Las personas con discapacidad psicosocial tienen un mayor riesgo de vivir con letalidad y con mayor intensidad los síntomas de covid-19.
- Existen barreras de acceso al servicio médico, hay una falta de cobertura de seguro de salud, existe una limitación en los tratamientos farmacológicos y está restringido el acceso a un médico especializado en situaciones específicas de salud que acompañan a las personas con discapacidad psicosocial.
- La desinformación sobre las precauciones o efectos secundarios de los medicamentos para ciertas condiciones de la discapacidad y/o enfermedades crónico-degenerativas puede provocar un alto riesgo para la salud, ya que al combinarse con otros tratamientos pueden ser letales, por lo que es necesario que personal médico tratante se informe sobre los medicamentos que se están consumiendo en ese momento, sobre todo en época de pandemia.
- Las personas con discapacidad psicosocial son renuentes a acudir a los servicios de salud, aunque estén inscritas al ISSSTE, el IMSS o algún otro ente de salud pública, pues han vivido experiencias de discriminación, violencia psiquiátrica y otras malas experiencias al momento de ingresar a algunas de esas instituciones.
- La institucionalización de las personas con discapacidad psicosocial puede elevar el riesgo de contagio por covid-19, agravar los síntomas de este virus y en el caso de sufrir violencia sexual, hacerles vulnerables a infecciones de transmisión sexual.
- En algunas instituciones médicas el personal invisibiliza o infantiliza a la PcD.

- La rehabilitación y el modelo médico piensa a las personas según clasificaciones médicas, ya sea la clasificación internacional de la enfermedad de la OMS o la del DSM, y si bien es un espacio que tiene un lenguaje muy específico, eso no representa a las personas con discapacidad psicosocial. ¿Dónde termina un diagnóstico y dónde empieza un ejercicio de derechos?

b) Acceso a una vida libre de violencia (seguridad)

- Las legislaciones de salud mental no están pensadas para ampliar los derechos de las personas con discapacidad psicosocial; en general, lo que crean son excepciones a esos derechos y limitaciones.

- Las mujeres con discapacidad psicosocial viven una doble discriminación, pues no es lo mismo ser loca que loco: existe un patriarcado de diferencia.

- Las mujeres con discapacidad psicosocial viven la esterilización forzada, negativa a vivir su maternidad, se les limita la posibilidad de ser las tutoras de sus hijos y/o hijas, se les niega el maternaje; la esterilización también la comparten con las mujeres sordas y las mujeres con discapacidad intelectual.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda, alimentación, trabajo y educación)

- Existe el mito de que todas las personas con discapacidad cuentan con una red de apoyo, que siempre salen acompañadas, que viven con otra u otras personas; no obstante, muchas viven de manera autónoma, independiente, solas y muchas no han tenido el privilegio de quedarse en casa durante la pandemia.

- Las PcD durante la covid-19 salen a trabajar para poder comprar alimentos, medicamentos, a citas de rehabilitación; también salen para obtener determinados servicios o bienes que necesitan en su casa y que son básicos para continuar y mantener su calidad de vida.

- Hay algunas PcD que necesitan una persona de asistencia, pues las condiciones de sus familias no les permiten cuidarles diariamente; sin embargo, en México no existen programas para solventar esta necesidad.

- Los apoyos sociales no son suficientes para cubrir todas las necesidades que tienen las PcD.
- Durante covid-19 a muchas personas con discapacidad no les ha llegado a tiempo el apoyo.
- Otras, que no contaban con este ingreso por no entrar en el rango de edad pero que contaban con un empleo, han sido despedidas.
- Algunas PcD se autoemplean, pues existen limitantes en los entornos laborales, ya que los centros de trabajo no están adaptados para ser accesibles. Así, existe un déficit de empleos para las PcD.
- En algunas de las instituciones de internamiento para personas con discapacidad psicosocial, tienen una precaria nutrición a causa de la falta de vigilancia en la alimentación que les brindan, lo que provoca que no sólo sean grupos en mayor riesgo de contraer la covid-19, sino de contraer otro tipo de enfermedades.
- Hay niños, niñas y adolescentes con discapacidad que, en estos momentos, no cuentan con las herramientas para continuar su educación en casa.

e) Acceso a la información y a la participación

- Existe una constante discriminación contra las PcD, pues todos los medios de comunicación y las emisiones de información están pensados para personas que no viven con una condición de discapacidad.
- La mayoría de los sistemas de comunicación no cuentan con ajustes razonables para que la información sea accesible para las personas con discapacidad.
- La información emitida solamente está pensada para las personas sin discapacidad.
- La información que se brinda en los medios de comunicación sobre covid-19 está llena de tecnicismos y palabras médicas, lo que hace que muchas veces no sólo las PcD no lo comprendan, sino la población en general.

- Las gráficas, infografías, datos y tablas mostradas por las personas expositoras en televisión o redes sociales no cuentan con una explicación accesible para las personas con discapacidad visual.
- Antes de que organizaciones de la sociedad civil interpusieran un amparo ante un juez federal en los juzgados de distrito en materia administrativa en la Ciudad de México, en las conferencias gubernamentales vespertinas no se incluía la interpretación en LSM para personas sordas, con lo cual se violentó su derecho a la información, a la participación y, por el tema que abordaban, a la vida.
- Aun con este amparo, mucha información gubernamental sigue sin contar con interpretación a LSM.
- La información emitida en muchas ocasiones está llena de estereotipos; un ejemplo es la técnica del lavado de manos, pues está pensada en que todas las personas tenemos ambas. Sólo algunas organizaciones de la sociedad civil emitieron información sobre covid-19 para personas con amputaciones o sin las dos manos.
- La Ley de Salud Mental de la CDMX no les está garantizando hoy a las personas con discapacidad psicosocial internadas en psiquiátricos, albergues o centros de reinserción social con apoyo psiquiátrico, el acceso a medios informativos, para que puedan estar presentes en este tipo de eventos, porque no es un derecho que esté en la legislación de salud mental de las diferentes entidades de México, salvo en la de Nuevo León.

III. PROPUESTAS PARA EL ACCESO A DERECHOS

Pensar sobre el futuro inmediato de la sociedad, sobre el destino de todas y todos al finalizar el aislamiento voluntario y se retomem todas las actividades. Pensar en crear una nueva realidad donde no exista una falta de accesibilidad.

Celebrar la diversidad humana y la diversidad cultural y reconocer que ambas están enriqueciendo las soluciones para enfrentar covid-19. Subrayar el valor que tienen las PcD para la sociedad y que les permite reivindicar, por ejemplo, en el caso de las personas con discapacidad social, la locura como categoría política.

a) Acceso a servicios de salud

- La discapacidad debe mirarse no sólo desde la perspectiva médica, sino social, humanista y de derechos.
- covid-19 es un virus y debe atenderse desde la epidemiología, sin embargo, la condición de discapacidad no. Ubicar a las PcD como grupos de mayor riesgo de contagio no es porque la discapacidad sea una enfermedad, sino que el entorno y las condiciones a las que se enfrenta no están adaptadas o no son accesibles a su tipo de discapacidad.
- Los servicios de salud deben ser accesibles en términos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- El personal médico debe dejar de invisibilizar o infantilizar a las PcD, debe emitir la información de forma clara, accesible, lúdica, en mensajes cortos y necesaria para conocer su condición de salud.
- Las PcD tienen derechos sexuales y reproductivos y se les deben garantizar.
- Reducir el número de personas institucionalizadas: nadie tiene porqué estar obligado a permanecer en estos espacios, y sobre todo recordar que la institucionalización y tratamiento farmacológico forzados son torturas y la tortura no se justifica bajo ningún concepto.
- Tomar en cuenta las guías elaboradas por el INDISCAPACIDAD¹⁶ y la Secretaría de Salud¹⁷ para garantizar el derecho a la salud de las PcD.

b) Acceso a una vida libre de violencia (seguridad)

- Es necesaria la derogación del sistema de interdicción; las PcD deben de tener capacidad jurídica. Es violencia institucional el no poder tener acceso a sus derechos.

¹⁶ Puede consultarse acá <https://indiscapacidad.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5e9/7c5/de9/5e97c5de97e37003433815.pdf>

- A las personas con discapacidad psicosocial no se les debe discriminar en el acceso a información pública, pruebas médicas, atención médica de calidad oportuna, y siempre tener acceso a medidas temporales de protección social y educación.
- Las personas con discapacidad psicosocial deben poder acceder a servicios comunitarios, solidarios y de ayuda entre pares. Sobre todo, durante la contingencia por covid-19.
- Tener en cuenta que las personas con discapacidad psicosocial pueden ser personas pertenecientes a poblaciones callejeras, en internamiento psiquiátrico penitenciario, pueden ser también usuarias de drogas. Sin embargo, tienen derechos y deben de ser respetadas en su integridad, identidad y dignidad.
- Los retos del modelo social son que las políticas públicas que se acompañan de presupuesto hagan factible el ejercicio de los derechos que están reconocidos en la Convención, incluso el derecho enlistado en el artículo 11 de ésta y que hoy la pandemia pone sobre la mesa, que es el derecho de las PcD a ser protegidas por las políticas públicas para salir adelante junto con toda la demás población, porque tienen el derecho a vivir y sobrevivir a las épocas de crisis humanitaria, por salud, por guerra, por sismo o del tipo que sea.
- Es muy importante tener y documentar las violaciones a derechos humanos desde la perspectiva de la discriminación, asimismo es necesario presentar las quejas por los medios pertinentes y no sólo hacerlas vía redes sociales.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda, alimentación, trabajo y educación)

- Es necesario que Estado y sociedad tengan en cuenta que las PcD necesitan ajustes de accesibilidad en su entorno.
- Tener especial consideración para el acceso a la educación a distancia o en línea para niños y niñas con discapacidad; no deben estar al final de la lista de prioridades.
- Contar con presupuestos adecuados para la atención y garantía de los derechos de las PcD en la Ciudad de México.

- En todo el actuar del Estado debe estar integrada la perspectiva de discapacidad.
- La mirada asistencial de la discapacidad debe de ser eliminada, ya que los apoyos económicos que brinda el estado no resuelven las necesidades de las PcD, pues lo verdaderamente necesario es el ejercicio pleno de sus derechos.
- Es necesario brindar una educación con interpretación en LSM.
- El salario o sueldo de las PcD debe de ser igual por el mismo trabajo realizado.
- Los supermercados, bancos, tiendas, entre otros, deben mantener medidas que se ajusten a las PcD.
- Las “becas” no son suficientes, pues no resuelven la falta de acceso a derechos y no incluyen a las PcD a la comunidad.

d) Acceso a la información y a la participación

- Los medios de comunicación deben incluir ajustes razonables para que la información sea accesible para las PcD.
- La información debe ser en un lenguaje claro, accesible, comprensible y sin tecnicismos, para que no sólo las PcD la comprendan, sino todas las personas. Los espacios accesibles benefician a todas las personas.
- Evitar los estereotipos al momento de brindar información; pensar en la diversidad de corporalidades.
- Los espacios de difusión deben ser accesibles para la comunicación de la comunidad sorda, con interpretación de LSM no sólo para difundir la información oficial, sino que las emisoras privadas también lo tengan presupuestado.
- La interpretación a LSM debe de ser normada con el objetivo de garantizar la calidad y el profesionalismo del servicio brindado a la comunidad sorda. Además, todos los apoyos para las PcD tienen que mantener un estándar que se ha fijado en el Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad en su observación número 7, así como por la Relatora especial sobre los derechos

de las personas con discapacidad de la ONU en su informe sobre apoyos.

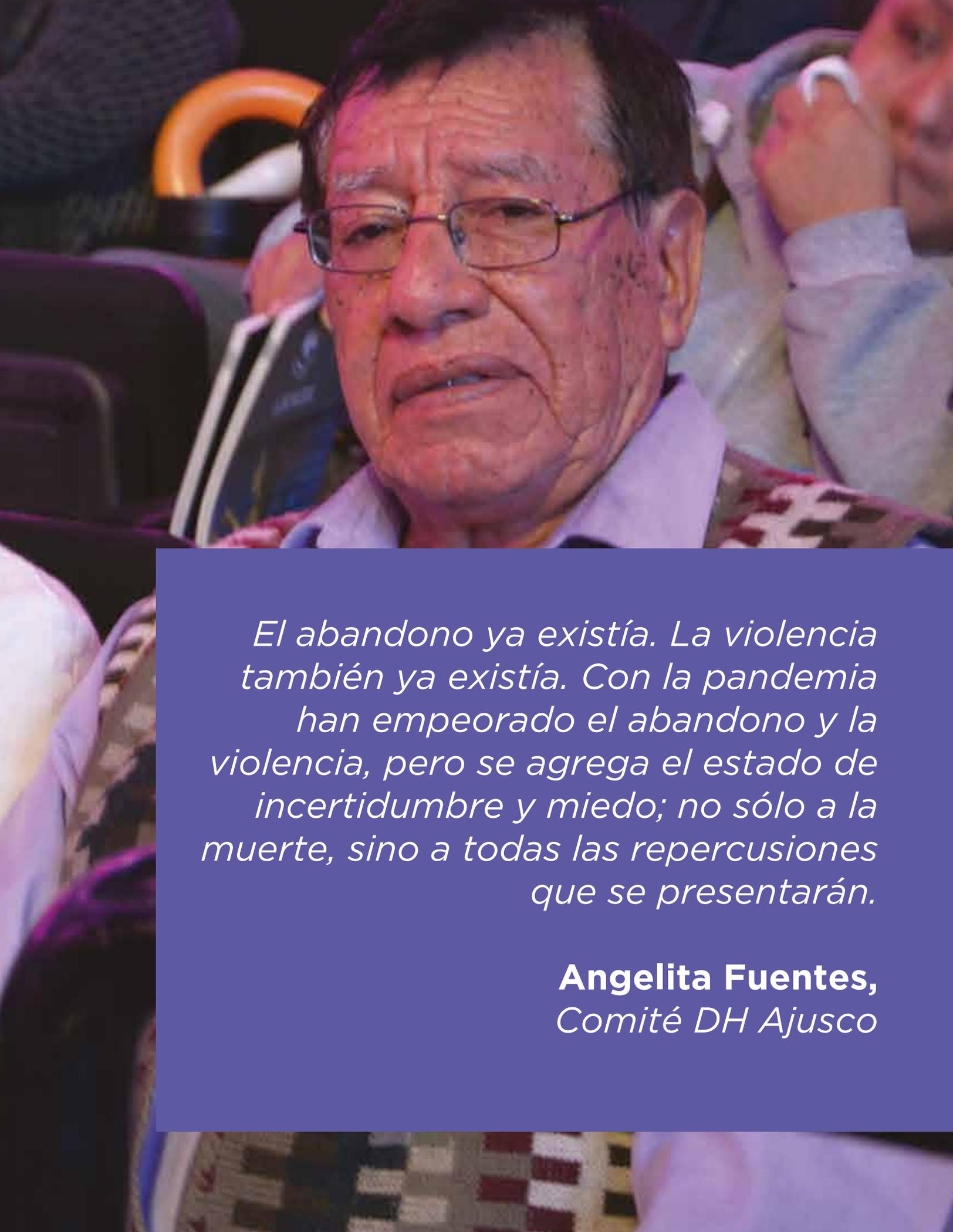
- El Estado debe garantizar el derecho a la información de calidad, de primera mano y veraz.
- El derecho a la participación de las PcD ha sido en muchas ocasiones violentado, ya que no han sido tomadas en cuenta para el análisis y diseño de políticas públicas que repercuten directamente en sus vidas.
- La política pública debe ser la inclusión absoluta de todas las personas para el ejercicio de todos sus derechos y no desde la mirada de la infantilización y el capacitismo.
- Como medidas a implementar en el caso de la comunidad sorda, lo ideal sería tener centros de relevos, que faciliten el acceso permanente a todos los servicios públicos privados e intermedios, garantizando todos los derechos, no nada más el de información a la comunidad sorda, y donde se les permita expresar su cultura y sus propios valores.
- Es necesario que el gobierno mexicano genere estadísticas en el tema de discapacidad. Es indispensable realizar un censo de personas con discapacidad, que no sea sólo cada diez años.

e) Acceso al derecho a la Ciudad

- Las PcD deben de tener una ciudad accesible con diseño universal, para que puedan transitar sin obstáculos, barreras y puedan disfrutar libremente de ella.



**PERSONAS MAYORES EN
LA CIUDAD DE MÉXICO**



El abandono ya existía. La violencia también ya existía. Con la pandemia han empeorado el abandono y la violencia, pero se agrega el estado de incertidumbre y miedo; no sólo a la muerte, sino a todas las repercusiones que se presentarán.

Angelita Fuentes,
Comité DH Ajusco

I. CONTEXTO DE LA POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES¹⁸

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) las personas mayores son quienes tienen 60 años o más. Según la encuesta intercensal del INEGI de **2015**, en la Ciudad de México había **1 millón 300 mil personas mayores**, de los cuales **57% eran mujeres**.

Hoy existen todavía muchos prejuicios con respecto a su derecho de acceso al trabajo, pues **solo el 30% sigue siendo población económicamente activa**, del cual el 47% realiza trabajo doméstico. El **42% son jubilados o jubiladas**. Todo ello, aunado a la precarización de los trabajos, orilla a las personas a vivir en condiciones de pobreza, dependencia, violencia y falta de acceso a la salud.

La vejez es una de las etapas más incomprendidas: pocos la asumen como la sucesión lógica de la vida, en la que el conocimiento y la experiencia marcan la diferencia.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores fue declarada el 15 de junio de 2015, y garantiza que las personas reciban servicios de cuidado a largo plazo en situaciones de riesgo o emergencias humanitarias. En dicha convención se presentan de manera detallada las medidas específicas en materia de políticas públicas y de acción gubernamental con enfoque de derechos humanos en todos los ejes. Actualmente, ocho países de América Latina la han firmado y ya está en vigor; desafortunadamente, México no está entre esos países, lo cual es prioritario y de suma importancia para que las personas mayores no se vean violentadas en sus derechos.

Es bien sabido que a lo largo de los años, la población de personas mayores se ha tenido que enfrentar a la desigualdad estructural; sin embargo, a raíz de covid-19 la situación ha empeorado. Esta población es una de las que más riesgos presenta, y es la que más decesos ha tenido a nivel global. La contingencia ha ocasionado consecuencias tanto físicas como emocionales, ya que el abandono estructural ha ido en aumento.

En el discurso gubernamental se ha promovido e insistido acerca del cuidado de las personas mayores, lo cual representa un aparente avance, pues este grupo de atención prioritaria ha estado al centro de los cuidados de esta pandemia, dejando un poco de lado la usual invisibilización. Sin embargo, no hay que perder de vista la institucionalización de muchas personas

¹⁸ Durante la sesión participaron María de los Ángeles Fuentes Vera, presidenta del Comité de Derechos Humanos Ajusco y Elizeth Altamirano Pérez, activista social por el reconocimiento y ejercicio de los derechos de las personas mayores y profesor en la Universidad Iberoamericana.

mayores, aunada al deterioro cognitivo o demencia y las afecciones de salud, así como la necesidad de apoyo de familiares o terceras personas. Un tema que resulta fundamental visibilizar es no solamente la necesidad de apoyo para solventar necesidades cotidianas, desde alimentación hasta cuidados, sino que el aislamiento puede generar estrés y afectación a la salud mental, aunado a que muchas personas mayores sufren violencia familiar, la cual se está viendo exacerbada por el confinamiento.

El Estado ha dejado la labor de prestar más atención a las personas mayores en manos de las familias, sin tomar en cuenta que una gran cantidad de las personas mayores no tienen comunicación con sus familiares o vecinos, o están viviendo en un ambiente de violencia en cualquiera de sus formas. La incongruencia que existe entre la retórica gubernamental y la realidad de las personas mayores recalca el descuido desmedido y el abandono de las personas mayores en el estado de emergencia que actualmente vivimos.

Las personas mayores son vistas como foco de infección y son rechazadas en los espacios de atención gubernamental. Debido a la contingencia, las instituciones están cerradas para evitar contagios, y las visitas domiciliarias del personal del Instituto para el Envejecimiento Digno (INED) son insuficientes.

Pese al discurso gubernamental, se les da prioridad a las personas jóvenes para brindarles servicios de emergencia y atención a la salud, mientras que a las personas mayores se les violenta este derecho.

Se han documentado casos de maltrato a personas mayores. Se ha exigido el cese de la violencia hacia las mujeres en este periodo de contingencia, pero poco se ha manifestado por el bien de las mujeres mayores.

Las medidas han respondido a las necesidades de las empresas y de los intereses políticos a nivel local, nacional y global. Desafortunadamente, los adultos mayores no han encontrado un vehículo de articulación para hacer un frente común. Esto se debe en gran medida a la cultura de desprecio a la vejez. La intervención del gobierno ha sido tardía y omisa, y la intervención de las organizaciones de la sociedad civil ha sido nula.

El Comité de Derechos Humanos Ajusco A.C. ha resaltado la escasez de organizaciones especializadas en derechos humanos de las personas mayores. Existen múltiples espacios de atención, asistencia privada y asilos, pero en su mayoría tienen una óptica de beneficencia, filantropía y lucro.

II. OBSTÁCULOS PARA EL ACCESO A DERECHOS

a) Acceso a servicios de salud

- Las personas mayores han sufrido de rechazo en los espacios de atención a la salud durante la contingencia. Hay negativas para el acceso a cuidados y a atención médica.
- El intento para evitar dar acceso a las personas mayores a bienes escasos en contextos de contingencia genera la idea de que no vale la pena darles atención. Los criterios de triage en instituciones de salud son arbitrarios y discriminatorios.
- El encierro afecta en diferentes ámbitos, tanto físicos como mentales y emocionales. Muchas personas mayores que anteriormente tenían buenas condiciones de salud se han visto afectadas y en deterioro a raíz de la pandemia.
- La soledad y el aislamiento juegan un papel importante frente a la capacidad de responder a la enfermedad.
- La falta de respuesta de los sistemas de salud puede ser un factor coadyuvante que empeore la situación.
- Una minoría de las personas mayores cuenta con acceso a servicios de salud, ya sea pública o privada. En algunos casos se ha reportado el rechazo a las personas mayores para ingresarlas a un hospital, y en otros casos han sido abandonadas en éstos.
- Algunas de las personas mayores no pueden salir de su casa por diferentes motivos.
- No hay una guía para la atención a la salud de personas mayores.
- Se requiere atención para el desarrollo biopsicosocioemocional.

b) Acceso a una vida libre de violencia

- El confinamiento ha provocado el incremento de los índices de violencia y maltrato hacia las personas mayores.

- Aproximadamente el 23% de las personas mayores vive totalmente sola, lo que genera abandono social.
- Existe el estigma de que las personas mayores son una carga económica.
- Se tiene una sensación de absoluta vulnerabilidad con respecto a la seguridad.
- No hay un adecuado acceso a la justicia y eso provoca que las denuncias sean difíciles de realizar.
- Generalmente, las personas mayores no denuncian por miedo a que su agresor se vuelva más violento.
- Hay casos de abandono de personas mayores en las calles, por ser percibidos como una carga.
- No hay acceso a la justicia debido a que las oficinas están cerradas.
- Debido a la contingencia, las oficinas gubernamentales han solicitado que las personas mayores hagan sus denuncias vía internet, sin considerar que la gran mayoría no cuenta con este servicio o no saben cómo utilizarlo.
- Se acude a cadenas farmacéuticas para atender su salud pues no tienen seguro.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda y alimentación)

- Se asume que las personas mayores tienen siempre una familia o una red de apoyo.
- En cuanto a los bienes básicos, el impacto actual ha sido catastrófico.
- Se han documentado desalojos debido a que las personas mayores no cuentan con el dinero suficiente para poder pagar una renta.
- Actualmente, es extremadamente difícil para una persona mayor tener acceso a una vivienda. Existe despojo sistemático de las personas mayores.

- No hay acceso a créditos ni financiamientos, lo cual empeora las condiciones de vida y de acceso a otros bienes.
- No hay trabajo y quien ha perdido el suyo, difícilmente accederá a otro.
- El **23% de las personas mayores viven solas**, aisladas en abandono social.
- Muchas personas mayores viven en situaciones de hacinamiento.
- El acceso a la alimentación es muy deficiente y ha empeorado.
- En los centros de cuidado de larga estancia existe maltrato institucional, estructural.

d) Acceso a la información

- Debido a la brecha tecnológica, la mayoría de las personas mayores no cuentan con redes sociales y viven ajenas a la realidad virtual.
- Sí cuentan con información acerca de las medidas implementadas por el gobierno, pero solamente respecto al aislamiento, higiene y políticas sociales.
- No se ha dado una opción viable para que las personas mayores reciban la atención integral para su problemática cotidiana.
- Más allá de las políticas sociales que se han mencionado, no hay información adicional que esté dirigida a las personas mayores.

III. PROPUESTAS PARA EL ACCESO A DERECHOS

a) Acceso a servicios de salud

- Acceso a tratamientos y consultas de salud de todo tipo.
- Propiciar los recursos necesarios por parte de los estados para responder a la demanda preventiva y de asistencia de las personas mayores.

- Generar mecanismos de prevención en los servicios sociales y de salud para así evitar negligencias basadas en prejuicios que puedan afectar a las personas mayores.
- Generar una guía de atención especializada y con perspectiva de derechos humanos.
- Acceso a servicios de salud, sobre todo para el manejo del estrés por pérdida de pares: todo el tiempo se repite que las personas mayores están en mayor riesgo de perder la vida ante covid-19, lo que genera un gran impacto en la salud emocional.

b) Acceso a una vida libre de violencia

- Tomar todas las medidas que permitan incluir a las personas sordas, con alguna dificultad auditiva, deterioro cognitivo o baja comprensión mental.
- Atender especialmente a las personas mayores que están en situación de desigualdad estructural y discriminación por pertenecer a grupos LGBTI+.
- Promover medidas de protección en caso de situaciones de violencia, abuso o maltrato.
- Generar una cultura del envejecimiento que promueva el respeto de las personas mayores y un trato digno.
- No cerrar aquellos servicios que son indispensables para la protección de derechos de las personas mayores, como la asistencia legal, el pago de pensiones y jubilaciones, y el acceso a prestaciones sociales.
- Creación de espacios comunitarios y comunidades.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda y alimentación)

- Generar procesos que controlen y supervisen los precios de los artículos de primera necesidad para las personas mayores.

- Implementar acciones que permitan la sustentabilidad alimentaria y el acceso a alimentos frescos, los cuales son indispensables para la salud de las personas mayores. Redes de apoyo, comités vecinales. Un número 01-800 para compras.
- Generar medidas para el acceso al trabajo digno.

d) Acceso a la información

- Generar información estadística que tome en cuenta a las personas mayores con el fin de saber cómo han sido afectadas por covid-19.
- Información precisa y adecuada hacia las personas mayores para una toma de decisiones y evaluación de las situaciones de riesgo sanitario y social.
- Información por medios “tradicionales” de comunicación, como periódicos y radio.
- Medidas que sean consultadas y estrategias que contemplen la participación de las personas mayores.

Existen otras propuestas que se pueden implementar para el acceso a los derechos, como introducir el tema del envejecimiento desde la educación básica, tanto en escuelas públicas como privadas, para generar concientización en los más jóvenes.

De igual manera, se pueden implementar campañas que hablen acerca del reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores, así como de concientización del envejecimiento digno.

Es de suma importancia que se generen redes de apoyo entre las comunidades para toda persona mayor que lo necesite.





**PERSONAS PRIVADAS
DE LA LIBERTAD (PPL)**

El tema de la privación de la libertad debe ser analizado en tres momentos diferentes: previo a, durante y posterior a, los cuales marcan el tránsito de las vidas. Es importante una atención integral para prevenir que las personas lleguen a las cárceles, salvaguardar la dignidad y los derechos dentro de los centros penitenciarios y después, acompañar para la recuperación del proyecto de vida.

Ari Vera,
Presidenta de Almas Cautivas A.C.

La cárcel ha surgido como la solución para todo. (...) Su papel solo es castigar, ya que no reforma o readapta a las personas.

Ana Pecova,
*Directora Ejecutiva de EQUIS
Justicia para las Mujeres*

I. CONTEXTO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD (PPL)¹⁹

La administración de justicia en México es compleja, ya que la jurisdicción de los delitos puede recaer en el orden local o federal. Aunado a ello, está basada en el sistema binario hombre/mujer, y existen pocas organizaciones de la sociedad civil que atiendan a la población privada de la libertad. Asimismo, son escasas las políticas públicas que velan por el aterrizaje de sus derechos. Esto tiene un impacto en el ejercicio de éstos.

La privación de la libertad se vincula con un proceso de estigmatización y discriminación hacia quienes cumplen o cumplieron una sanción, así como hacia sus familias. La opinión pública refiere que la cárcel es la consecuencia de la pena; las personas privadas de su libertad (PPL) no tienen derecho a alguna medida de preliberación y son merecedoras de las condiciones indignas en las que viven o merecen morir.

Debido a un sistema de justicia punitivo y desigual, los centros penitenciarios presentan condiciones particulares como sobrepoblación, hacinamiento, carencia de agua, artículos de higiene y alta incidencia de reclusión de poblaciones históricamente discriminadas como mujeres, personas en situación de pobreza, indígenas y LGBTTTI.

Por ello, las medidas sanitarias y sociales implementadas en la Ciudad de México, como el confinamiento social voluntario, la Jornada de Sana Distancia y el constante lavado de manos, no pueden ponerse en marcha con la misma lógica en los centros penitenciarios.

En México, actualmente hay **202 mil 337 personas privadas de su libertad, 191 mil 748 son hombres y 10 mil 589 son mujeres**. El 37 y 46 %, respectivamente, no cuentan con sentencia condenatoria²⁰. **Cuatro de cada 10 prisiones registran una sobrepoblación** y se comparte celda con más personas.

La mayoría de las mujeres en prisión viven en contextos marcados por la carencia antes de su ingreso al sistema penitenciario, cuentan con un nivel de educación mínimo, se dedicaban al cuidado del hogar, tienen dependientes económicos, vivieron violencia y no accedieron a programas o servicios para su atención, y en su mayoría no son protagonistas en la comisión del delito por el que se les acusa. Según datos del INEGI, hay un incremento en la tasa de encarcelamiento de mujeres por delitos contra la salud, a partir de la política orientada a la “guerra contra las drogas”.

¹⁹ Durante la sesión participaron Ari Vera de Almas Cautivas e integrante de la Asamblea Consultiva del COPRED, y Ana Pecova de EQUIS Justicia para las Mujeres.

²⁰ Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana y al Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social. Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria Nacional, enero 2020.

Sin embargo, existe dificultad para acceder a información pública respecto a las PPL, incluyendo sus características y necesidades. EQUIS Justicia para las Mujeres realizó un análisis interseccional acerca de las mujeres privadas de su libertad²¹. Solicitó información a todas las autoridades penitenciarias del país acerca los siguientes grupos poblacionales: mujeres indígenas, extranjeras, LGBTTTI y con discapacidad. Mediante las respuestas, se constató que no existe suficiente información, por falta de interés y desconocimiento sobre las poblaciones.

La asociación civil Almas Cautivas refiere que en la Ciudad de México cerca de **450 personas en reclusión** se adscriben como personas **LGBTTTI**. En 2014 realizó un sondeo en los centros penitenciarios de la Ciudad de México, y se identificó que la mayoría de las personas trans ejercen el trabajo sexual, fueron expulsadas de sus hogares entre los 15 y 17 años por su identidad/expresión de género, no cuenta con redes de apoyo, la media del delito por el que se les inculpa es robo simple, y en 3 de cada 10 casos la parte acusadora son policías. La mayoría reincide, debido a la violencia sistemática y la falta de una red de apoyo.

Al invisibilizarse la multiplicidad de identidades y condiciones, es difícil diseñar e implementar acciones y políticas públicas inclusivas. Un ejemplo de ello es cuando las condiciones de pobreza influyen en el ingreso al sistema penitenciario.

Respecto a los servicios básicos, el INEGI menciona que a nivel nacional, el 37 % de los centros penitenciarios presentan sobrepoblación. El **46 % de las personas en reclusión** comparten **celda con más de 5 personas**, y en algunos estados el número incrementa. El estado de México es la entidad con mayor población penitenciaria: el 37 % de las personas recluidas comparten celda con más de 15 personas.

Aunado a lo anterior, el **30 % de las PPL no tienen acceso a agua potable en su celda** (en el Estado de México asciende a 52 %), y el **92 % no recibe artículos de limpieza** por parte de la institución. Cabe señalar que estos insumos los obtienen durante las visitas, principalmente de mujeres, quienes son su red de apoyo para sobrellevar el tránsito carcelario; también proveen de alimentos, ropa, calzado y dinero (para pagar cuotas por una cama, no sufrir violencia y hacer llamadas telefónicas).

Todo lo anterior se agrava cuando el sistema de justicia incorpora nuevos delitos e implementa penas de prisión excesivas, ya que es proporcional al aumento de población carcelaria y su estadía. Es por esto que el uso

²¹ En este enlace es posible acceder a este y otros estudios relacionados con mujeres privadas de la libertad: <https://equis.org.mx/publicaciones/>

del sistema penal como respuesta para todo problema social agrava las brechas de desigualdad, aunado a que no existen respuestas integrales para lograr una efectiva reinserción social. La precariedad y la marginación llevan muchas veces a prisión y son las condiciones que mantienen a las personas ahí.

Otros grupos que se encuentran privados de la libertad son personas recluidas en hospitales psiquiátricos, estaciones migratorias, centros de tratamiento y rehabilitación de personas usuarias de sustancias psicoactivas, y casas hogares. Se tiene poco conocimiento de las condiciones en las que se encuentran, para poder brindar soluciones.

II. OBSTÁCULOS PARA EL ACCESO A DERECHOS

a) Acceso a servicios de salud

- Derivado de la sobrepoblación en reclusorios, no se puede implementar la Jornada de Sana Distancia.
- Las PPL no tienen acceso a agua potable en su celda ni a productos de limpieza.
- Como medidas sanitarias en los centros penitenciarios, se eliminaron o redujeron las visitas y se promovió el aislamiento, lo cual agrava determinadas condiciones, incluyendo la salud física y mental, y el acceso a insumos de higiene personal.
- No hay acceso a servicios de salud que incluyan el diagnóstico, atención y seguimiento de tratamientos.
- No se respetan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.
- Por cuestiones de logística y presupuesto, Clínica Condesa concentra la atención a personas que viven con VIH en solo un centro penitenciario en la Ciudad de México. Esto repercute en que las PPL ubicadas en otros centros penitenciarios no se realicen la prueba para evitar estigmatización, o que aquellas que reciben un resultado positivo eviten ser transferidas.

- Negación de tratamiento de reemplazo hormonal a personas trans privadas de su libertad por falta de coordinación entre la Secretaría de Salud y el Sistema Penitenciario.

b) Acceso a una vida libre de violencia

- La suspensión de labores por parte del Poder Judicial imposibilita atender asuntos referentes a las condiciones de internamiento, como imponer medidas no privativas de la libertad²².
- Las mujeres privadas de su libertad enfrentan más obstáculos para acceder a la justicia, como la búsqueda y acceso a la defensa.
- Violencias tanto físicas como psicológicas por parte de compañeras y compañeros de celda, y del personal penitenciario.
- Existe violencia institucional, tanto por parte de las autoridades penitenciarias como de justicia.
- Falta de reconocimiento de la identidad/expresión de género de las personas con identidades no normativas.

c) Acceso a bienes básicos

- Al suspenderse las visitas, el trabajo y las actividades de recreación, las PPL están viviendo impactos en su bienestar y salud emocional. No hay ingresos económicos.
- El acceso a alimentación y bienes básicos, como productos higiénicos, está condicionado a las visitas que reciban o al dinero que tengan para adquirirlos.
- Las condiciones de hacinamiento y falta de acceso al agua agravan las posibilidades de contagio y deterioro de la salud.
- Hay empresas e instituciones públicas que aún solicitan la constancia de antecedentes penales, lo cual impide el acceso al trabajo.

d) Acceso a la información

- Existe dificultad para acceder a información pública respecto a la población privada de su libertad desde un enfoque interseccional.

²² Sobre esto EQUIS ha presentado un informe: <https://equis.org.mx/projects/derechos-aplazables-poder-judicial-poblacion-penitenciaria-covid19/>

- Las autoridades del sistema penitenciario informan de forma ambigua sobre las condiciones de las PPL a sus familias y a las organizaciones sociales que defienden sus derechos.
- Las personas en reclusorios donde se han presentado brotes de contagios y muertes por covid-19 se sienten asustadas, y reportan no contar con información respecto a las medidas sanitarias.

III. PROPUESTAS PARA EL ACCESO A DERECHOS

- Una respuesta fundamental sería despresurizar las prisiones.
- Analizar el sistema de justicia penal, pues hoy la privación de la libertad pareciera la única respuesta a problemáticas sociales, lo que deja de lado soluciones desde la justicia restaurativa.
- Aplicar la Ley Nacional de Ejecuciones Penales para beneficios de preliberación.
- Considerar la detención y privación de la libertad (incluyendo prisión preventiva) como último recurso, y adoptar penas alternativas y medidas alternativas de solución de controversias (MASC).
- Es urgente que la Ley de Amnistía se retome por parte de los gobiernos locales para proponer y aprobar iniciativas en la materia. El grueso de casos que se beneficiarían de la Ley se encuentra en el fuero común. Un ejemplo de ello son las mujeres sentenciadas por aborto; hasta el momento no hay casos en el fuero federal.
- Reformar la Ley de Amnistía para incluir a las personas trans, al ser un grupo históricamente discriminado y violentado, así como a personas sordas que durante su proceso no hayan accedido plenamente a la jurisdicción del Estado, por no haber sido garantizado el derecho a contar con intérpretes o personas defensoras que tuvieran conocimiento de su lengua y cultura.

a) Acceso a servicios de salud

- Garantizar que todas las PPL accedan a medidas de prevención y tratamiento previstas en respuesta a covid-19.
- Replicar en todos los centros penitenciarios el modelo de atención a personas que viven con VIH implementado por Clínica Condesa.
- Garantizar el acceso al tratamiento de reemplazo hormonal de las personas trans.
- Adoptar medidas que aseguren que las PPL contacten a sus familiares y otros vínculos cercanos. Sobre todo, tomar en consideración la diversidad familiar de las personas LGBT.
- Implementar estrategias que promuevan el cuidado de la salud mental.

b) Acceso a una vida libre de violencia (seguridad)

- Evitar que las medidas empleadas por el Sistema Penitenciario excluyan a determinados grupos, tales como el aislamiento de la población LGBTTTI, el cual tienen un impacto en su salud.
- Incorporar la perspectiva de género y derechos humanos en la labor jurisdiccional.
- Es urgente la integración de la Comisión que dará cumplimiento y vigilará la aplicación de la Ley de Amnistía, que cuente con la representación del Instituto Nacional de Mujeres (INMUJERES), Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) y el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS).
- Es necesario revisar las políticas en torno a la persecución, producción, comercio y consumo de sustancias psicoactivas, y despenalizar el aborto.
- Hacer un análisis sobre las causas de la reincidencia en el Sistema Penitenciario, para el diseño de estrategias que las atiendan.

- Respecto al proceso efectivo de reinserción social, debe ser un plan individualizado ponderando la dignidad. Las políticas públicas deben contemplar el acceso a vivienda, la entrega inmediata de documentación de identidad (INE) para acceder a otros derechos, promover la autonomía económica y el desarrollo del proyecto de vida, favorecer el acompañamiento entre pares, así como brindar atención psicológica a las PPL previo y posterior a su salida de los centros penitenciarios.
- Revisión de leyes que contengan disposiciones en las cuales se solicite la constancia de antecedentes penales, ya que este acto es discriminatorio y se puede denunciar en COPRED.

c) Acceso a la vivienda y alimentación

- Destinar presupuesto para fortalecer las acciones de las organizaciones de la sociedad civil, incluyendo albergues o casas de medio camino destinadas a las PPL, en particular para mujeres que salen de los centros penitenciarios, al ser un grupo que no cuenta con redes de apoyo.
- Medidas afirmativas dirigidas hacia las PPL, como su contratación en instituciones públicas del orden gubernamental en el que se les sentenció.

d) Acceso a la información

- Generar información sobre las características y necesidades de las PPL desde un enfoque interseccional, para conocer las causas y diseñar políticas públicas integrales.
- El Estado debe brindar información transparente, verídica, sobre las condiciones de salud de la PPL, y tomar medidas para reducir los riesgos.





**PERSONAS MIGRANTES
Y REFUGIADAS EN LA
CIUDAD DE MÉXICO**

*Recordar que las personas
migrantes, solicitantes de
protección internacional, no
vienen a quitarnos nada; al
contrario, pueden aportar mucho.
No son personas dependientes,
son personas que necesitan al
principio un poco de ayuda.*

Ana Saiz,
Sin Fronteras IAP

I. CONTEXTO DE LAS PERSONAS MIGRANTES Y REFUGIADAS²³

La Constitución Política de la Ciudad de México establece como grupo de atención prioritaria a las personas migrantes y las personas sujetas de protección internacional y en otro contexto de movilidad humana; y establece obligaciones muy puntuales para todas las autoridades para generar medidas positivas que faciliten el acceso a todos sus derechos. No obstante, existe una negación social, pues las personas migrantes y refugiadas no están reconocidas como sujetas de derechos en la agenda pública, incluso cuando la Ciudad de México es una de las cinco ciudades con mayor número de población extranjera y parte del Programa de Ciudades Interculturales del Consejo de Europa²⁴.

Según la ONU, durante el **2019, 272 millones de personas migraron, lo equivalente al 3.5% de la población mundial.**

Hay un distanciamiento social que se ve reflejado en la encuesta Mitofsky del 28 de enero de 2020, sobre la opinión que tienen las personas mexicanas acerca de la migración, pues más del 40% de las personas encuestadas vieron de manera positiva la detención de las personas migrantes centroamericanas por la Guardia Nacional en la frontera sur. Esta respuesta se refleja en los casos reales de personas migrantes varadas en Chiapas, donde se ha exacerbado el malestar y la molestia por parte de la comunidad, lo cual aumenta las situaciones de discriminación y xenofobia. Estas actitudes también se miran con los y las connacionales, puesto al preguntar a las mismas personas sobre el sentimiento que les genera ver a migrantes mexicanos siendo detenidos por la patrulla fronteriza de los Estados Unidos de América (EUA), el 30% dijo estar de acuerdo con la acción, lo que indica que tampoco hay una empatía ni una sensibilidad sobre la realidad que están viviendo las personas mexicanas en EUA, a pesar de que la opinión debería ser diferente por empatía y al reconocer sus aportes a través del envío de remesas, que en 2019 alcanzaron un récord histórico de 36 mil millones de dólares.

Entre los factores de atracción y de expulsión se encuentran la búsqueda de mejores condiciones de vida, los factores socioeconómicos, ambientales y la violencia, principalmente hacia mujeres, niños y población LGBTI.

Además, las personas en situación de vulnerabilidad tienen menor capacidad de adaptarse, y sufren la falta de canales regulares para migrar, pues lo hacen en situación irregular, lo que les expone a una mayor discriminación.

²³ Durante la sesión participaron Ana Mercedes Saiz Valenzuela, Directora de Sin Fronteras, I.A.P.#, y Laura Trejo, Directora General de Asistencia y Orientación para la Movilidad Humana (Asmovilidad).

²⁴ Es un programa puesto en marcha por el Consejo de Europa y la Comisión Europea su objetivo es desarrollar, a través de la experiencia de una red de ciudades piloto, un conjunto de directrices e instrumentos para ayudar a las ciudades europeas para

A partir de las medidas implementadas para hacer frente a la propagación de covid-19, se acentuaron las condiciones tanto de privación como de carencia, y particularmente el aumento de falta de oportunidades.

De esta manera, las personas migrantes y refugiadas están viviendo los impactos de esta imposibilidad de movilidad de una manera más desproporcionada; su principal preocupación es el acceso a los medios de supervivencia y no al posible contagio por covid-19.

A su vez, urge visibilizar que la mitad de las personas migrantes a nivel mundial son mujeres y el 80% de ellas han sido obligadas a dejar sus países por cuestiones de violencia de género. Asimismo, las mujeres y niñas migrantes, y las mujeres migrantes refugiadas, sufren discriminación y son más vulnerables a esta explotación abusos. Viven en mayor medida la exclusión social, la falta de empleos, de oportunidades y la limitación de acceso a estos servicios básicos de salud, en específico a la salud sexual y reproductiva.

Durante la contingencia por covid-19, en específico en marzo de 2020, el flujo migratorio disminuyó 67% con respecto a 2019; no obstante, México es una zona de paso y ahora también de permanencia para muchas personas migrantes.

Actualmente en el país hay **65 estaciones migratorias** con espacios solamente para **8 mil 500 personas**, lo cual coloca a las y los migrantes en una situación de hacinamiento y sobrepoblación dentro de estos centros de detención; **53** funcionan como **cárceles migratorias**.

II. OBSTÁCULOS PARA EL ACCESO A DERECHOS

La urgente necesidad de obtención de documentos es, en este momento, la principal preocupación por parte de las personas migrantes y refugiadas para poder resolver la necesidad de acceder a cualquier derecho, en particular a los económicos, sociales, culturales y ambientales. Más allá de los documentos, las necesidades de esta población son mucho más amplias porque implican la sustitución de una red de apoyo, asesoría para acceder al mercado laboral y a los servicios de salud, así como la oportunidad de empezar una nueva vida.

La falta de opciones y plan de vida es una de las mayores preocupaciones de las poblaciones en movilidad, por ello requieren desarrollar mecanismos de supervivencia, que les hacen ser más resilientes y fuertes.

gestionar las diversas poblaciones como fuente de innovación, la creatividad, el crecimiento y el progreso social más que como un obstáculo o amenaza.

La carencia en el acceso a trámites y servicios que se ha vivido durante la pandemia es la situación habitual a la que se enfrentan las personas migrantes, y la falta de oportunidades aunada a la invisibilización y la negación social, junto con la xenofobia, se convierten en los obstáculos más graves para acceder a una mejor vida.

Las organizaciones de la sociedad civil han visto retrocesos en materia de derechos humanos para las personas migrantes y refugiadas: el tema ha dejado de priorizarse, aun cuando su importancia se encuentra consignada en la Constitución, la Ley de Interculturalidad, Atención a Migrantes y Movilidad Humana y el Decreto publicado en la Gaceta Oficial del 6 de abril del 2017, donde se declara a la Ciudad de México Ciudad Santuario.

Uno de estos retrocesos es la suspensión del Programa Ciudad Hospitalaria en la Ciudad de México²⁵, lo cual ha provocado que las personas migrantes y refugiadas se queden fuera de todos los programas sociales y de apoyo, imposibilitadas para acceder a los servicios de salud, de información y a los beneficios económicos por problemas de desempleo o de alimentación. Sólo mantienen el apoyo de los comedores comunitarios.

a) Acceso a servicios de salud

- Hay un mayor índice de embarazos en las mujeres de la población migrante y refugiada que en las mujeres de la población general.
- Previo a la pandemia este grupo ya tenía problemas para acceder a los servicios de salud para atender condiciones como embarazos u otras.
- La falta de empatía, de apoyos, la imposibilidad de satisfacer sus necesidades básicas y de sus familias genera un impacto en los niveles de estrés y de ansiedad, y provoca un deterioro en la salud física y mental de las personas migrantes.
- La salud mental se ha dejado en segundo plano, cuando debería de estar dentro de los programas dirigidos a esta población.
- Las personas de este grupo prioritario tienen miedo de acceder a los diferentes servicios públicos, en específico a los de salud, pues temen que por su condición irregular, estén expuestos a una deportación o algún tipo de represalia o consecuencia para su seguridad.

²⁵ Es un programa de la Secretaría de Inclusión y Bienestar Social, cuyo objetivo es contribuir a la integración económica, social y cultural de las personas migrantes y sujetas de protección internacional, así como de los capitalinos en el exterior retornados y a sus familias, quienes habitan en la Ciudad de México, a partir del ejercicio de sus derechos a la identidad, al trabajo, a la educación, a la cohesión social, con el propósito de mitigar su condición de exclusión, discriminación, desigualdad y desventaja social, por medio del otorgamiento de ayudas sociales y de bienes y servicios.

- Las personas mexicanas repatriadas durante la contingencia por covid-19 difícilmente tendrán el CURP o una identificación oficial, y les será imposible tramitarla en estos momentos, pues las instituciones se encuentran cerradas. Esto imposibilita su acceso a los servicios de salud y otros derechos.
- El desconocimiento del personal médico sobre las nuevas condiciones de estancia que sustituyen el FM3 por tarjetas de visitante por razones humanitarias, así como la falta de voluntad que puedan tener para poder brindar servicios, limitan el derecho a la salud de las personas migrantes y refugiadas.
- Prevalece una estigmatización en torno a que las personas migrantes y refugiadas son un foco de infección de covid-19.
- Para reanudar las repatriaciones vía aérea de EUA hacia la Ciudad de México, sólo se tomó como medida de detección de covid-19 la medición de la temperatura, sin ninguna otra prueba, lo cual arriesga a las personas a una mayor propagación y dificulta la detección, tratamiento y el seguimiento de quienes portan covid-19. Estas repatriaciones se dieron en el peor momento en cuanto al número de contagios por covid-19, lo que también indica la desatención y desestimación del tema de la migración.
- Algunos países le han negado la entrada a sus connacionales que han sido repatriados por EUA, por lo que han quedado varados en las fronteras, en contacto con el resto de la comunidad, sin atención médica y con una evidente falta de coordinación interinstitucional para dar seguimiento al tema y evitar que haya una propagación de covid-19 en las comunidades fronterizas.
- Actualmente, piden documentos migratorios para poder recibir atención en el Instituto de Salud para el Bienestar, lo que implica un retroceso, pues anteriormente no solicitaban documento alguno para afiliarse durante tres meses al seguro popular.

b) Acceso a una vida libre de violencia

- Las mujeres migrantes sufren ataques sexuales durante el viaje y en muchas ocasiones quedan embarazadas, o pensando en su protección, buscan una pareja y durante el viaje pueden embarazarse.

- Las personas en movilidad son privadas de su libertad por no contar con sus documentos migratorios. En México esto no es un delito, sino una falta administrativa; sin embargo, son detenidos por períodos de dos o tres meses.
- Las personas migrantes o refugiadas corren los mismos riesgos en una estación migratoria que en un centro de reinserción social.
- La pandemia ha retrasado los plazos de trámites gubernamentales y por consiguiente, ha generado demora en la expedición de documentos migratorios, lo que puede llegar a ser un factor determinante entre la vida y la muerte porque los procesos administrativos como los retornos de las personas que se encontraban en estaciones migratorias ocasionan que quienes habían salido por una situación de violencia en sus países, o de persecución, sean puestas en peligro inminente.
- Las deportaciones de connacionales de EUA a México no han sido atendidas de manera integral y coordinada, no se les da un seguimiento puntual para que las personas puedan desarrollarse y tener redes de apoyo en su lugar de origen y su destino final.
- La estancia en México de las 60 mil personas migrantes y refugiadas, producto del programa Migration Protection Protocols (Protocolos de Protección Migratoria) y Remain in México (Quédate en México)²⁶, ha provocado que sean afectadas por el crimen organizado, además del trato inhumano que reciben. Conjuntamente, continúan los regresos inmediatos hacia la frontera de México. Es clara la falta de esfuerzo por parte de las autoridades federales por darles a las personas que se encuentren bajo este programa documentos de estancia regular en México para que puedan acceder a derechos y evitar riesgos como extorsiones.
- Las situaciones de precarización agudizan la violencia familiar.
- La desaceleración económica causada por covid-19 traerá más flujos migratorios irregulares, pero el aumento y endurecimiento en las medidas de restricción migratoria que se iniciaron a partir de esta pandemia provocarán que el tránsito hacia México para llegar a los EUA sea más riesgoso y costoso, con la posibilidad de que las personas en movilidad sean víctimas de trata de personas, tráfico y crimen organizado.

²⁶ “(...) Programa del gobierno de Estados Unidos, a través del cual las personas que solicitan asilo en ese país, en la frontera con México, deben esperar la resolución de sus casos en territorio mexicano. Las personas solicitantes de asilo tienen que esperar fuera de Estados Unidos el tiempo que dure su procedimiento de asilo, presentándose a varias audiencias. El proceso puede tardar

- La ignorancia del origen de covid-19 y su vinculación a personas extranjeras han aumentado las conductas discriminatorias.
- En general la discriminación y su manifestación, a través de la negación de bienes y servicios y actos de violencia, se ha visto exacerbada con la pandemia.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda, alimentación, educación y trabajo)

- La pérdida de vivienda ocasionada por la falta de empleo pone en mayor riesgo de contagio a los grupos familiares de personas migrantes y refugiadas, sobre todo si hay personas con condiciones que les hacen más vulnerables a covid-19.
- Los ámbitos social, económico y jurídico-administrativo inciden de manera directa en la satisfacción de las necesidades básicas de la población en movilidad.
- El desempleo ocasionado por el cierre de algunas actividades económicas, causado por las medidas sanitarias implementadas y por la pérdida de ingresos, provoca que las personas que ya contaban con alguna vivienda estén en riesgo de perderla y quedar en situación de calle.
- La desinformación acerca de los derechos humanos de las personas migrantes y refugiadas puede provocar que sean víctimas de abusos laborales, no sólo durante la contingencia por covid-19.
- El acceder a un arrendamiento es complicado para las personas migrantes, más para aquellas en situación irregular, pues al no tener documentos en México, como la CURP, es difícil generar una relación de confianza con las personas arrendatarias, además de que la dificultad aumenta cuando piden depósitos excesivos o avales.
- Existe una miopía o negación social, ya que las personas migrantes y refugiadas no están reconocidas como sujetas de derechos en la agenda pública.

meses o años”. Instituto para las Mujeres en la Migración, A.C. (IMUMI). (2019). Recursos para entender el Protocolo “Quédate en México”. Recuperado de: <https://imumi.org/wp-content/uploads/2020/01/Recursos-para-entender-el-Protocolo2019.pdf>

- Algunas personas en movilidad que se encuentran actualmente amparadas bajo el programa “Quédate en México” viven en situación de calle.
- Las mujeres migrantes y refugiadas asumen una carga importante de trabajo en el círculo familiar; principalmente trabajan en sectores de servicios como trabajadoras del hogar, pero durante la contingencia, sus ingresos se ven reducidos o retirados a causa de despidos y enfrentan una situación de incertidumbre.
- Aún con el acuerdo de no solicitar la CURP a niños y niñas en las escuelas, algunas lo siguen haciendo.
- El cierre de hoteles ha provocado que muchas personas hayan tenido que vivir en la calle.

d) Acceso a la información

- Prevalece la falta de información sobre las personas en movilidad que se encuentran en estaciones migratorias o que han sido retornadas a sus países de origen.
- Las alcaldías no han levantado los padrones de huéspedes que se mencionan en la Ley de Interculturalidad, Atención a Migrantes y Movilidad Humana de la Ciudad de México.
- El Estado no ha emitido información específica sobre covid-19 para personas migrantes y refugiadas, de manera que sepan cómo protegerse y a dónde acudir en caso de presentar síntomas.
- Muchas de las personas migrantes y refugiadas no tienen acceso a medios de comunicación masiva, por lo que reciben información, en caso de tener acceso a internet, a través de redes sociales, donde mucha de ésta no es oficial y en ocasiones carece de veracidad.
- No tienen acceso a información sobre las instituciones de salud a las que pueden acudir.

III. PROPUESTAS PARA EL ACCESO A DERECHOS

Retomar el tema de la migración en la agenda nacional, para generar acciones interinstitucionales coordinadas que brinden atención integral y acceso a derechos humanos, sin diferenciar entre migrantes regulares e irregulares o personas refugiadas.

Hace falta generar una política local con perspectiva de derechos humanos. Asimismo, en la medida en la que se fomenten espacios de diálogo, análisis y propuestas, se logrará que la realidad y las historias de vida que comparten un gran número de personas en contextos de movilidad humana mejoren. Además, es trascendental entender que las personas migrantes y refugiadas pueden ser autosuficientes, son completamente resilientes y tienen derecho a buscar y a tener oportunidades en igualdad de circunstancias que el resto de las personas.

a) Acceso a servicios de salud

- Apertura de líneas de apoyo psicológico dirigidas a las poblaciones en movilidad.
- Que no se solicite documentación para nacionales para acceder a los servicios de salud.
- Adaptación con perspectiva intercultural de los servicios de salud.
- Proporcionar servicios de salud especializados a poblaciones de atención prioritaria como mujeres, niños, niñas y adolescentes, personas mayores, personas con discapacidad o personas LGBTI.

b) Acceso a una vida libre de violencia (seguridad)

- Prevenir los discursos de odio mediante el reconocimiento de la población migrante y refugiada a través de ejercicios de promoción intercultural con la comunidad, además de visibilizarles durante las conferencias mediáticas gubernamentales.
- Adaptación de las instituciones gubernamentales para acercarse a las diversas poblaciones y hacerles llegar información y apoyos, para permitirles tener protección integral tanto en materia de salud y de acceso a derechos, como de bienestar económico para

mitigar los efectos que la pandemia provoca en la población.

- Cooperación interinstitucional entre el Gobierno de la Ciudad de México y el gobierno federal para promover un programa especial de regularización.
- Inclusión explícita de las personas migrantes y refugiadas a los programas de apoyo y protección ante los efectos de la pandemia, con el mismo acceso que tienen las y los mexicanos.
- Realizar acciones contra la xenofobia, y promover el mensaje de protección a la colectividad para abonar a la construcción de paz y de bienestar.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda, alimentación y trabajo)

- Apoyo por parte de las instituciones públicas de atención a población migrante y refugiada para realizar un plan de vida que les permita emprender lo que deseen.
- Promover que en las instancias públicas se adapten, como lo han hecho las organizaciones de la sociedad civil, para poder seguir atendiendo a esta población durante la pandemia por covid-19.
- Promover medidas afirmativas durante la pandemia, para garantizar el derecho a la vivienda de estas personas.
- Ha habido adecuaciones en las reglas de operación en algunas Alcaldías para que las personas en movilidad puedan acceder a los programas que ofrecen; es necesario que se replique esta acción en todas.
- Apertura de hoteles u otras opciones para evitar que vivan en calle.
- Sensibilizar a las áreas de recursos humanos de las empresas para hacer sus procedimientos de contratación más incluyentes, y darles oportunidades laborales a las personas migrantes y refugiadas.

d) Acceso a la información y a la participación.

- Conectividad a internet accesible en espacios públicos.
- Emisión de información oficial en medios de transporte como el Metro o el Metrobús, en las estaciones o unidades que tienen acceso a la televisión y en los medios de radiodifusión de la Ciudad de México.
- Acciones que permitan la libre comunicación entre las instituciones y las personas migrantes y refugiadas, para compartir la información oficial del Gobierno de la Ciudad de México, de la Organización Mundial de la Salud, de la Agencia de la Organización de las Naciones Unidas para los Refugiados y de todas aquellas instituciones y organismos que ya cuentan con información oficial para que disminuya la vulnerabilidad y discriminación.
- Producción y difusión de contenidos en audio, visuales y audiovisuales para las personas migrantes y refugiadas con mensajes concretos para que dicha población conozca cómo evitar contagios por covid-19, a dónde acudir en caso de presentar síntomas y que no tenga miedo de acercarse a los servicios de salud. Estos materiales deben contar con traducción en diferentes lenguas, pues esto podría salvarles la vida.
- Promover e impartir talleres para informar a la población en movilidad sobre sus derechos humanos.
- Sensibilizar a las personas servidoras públicas para brindar atención sensible y respetuosa de las diferencias culturales, lingüísticas y nacionales de estas poblaciones, que muchas veces difieren de las propias, al hacer énfasis en que aun cuando estén en una situación de irregularidad en el país, tienen derechos que deben ser respetados.
- Usar las herramientas digitales para difundir información sobre covid-19 y temas que hoy son prioritarios. Repensar, revalorar y reajustar las acciones y actividades en favor de las personas migrantes y refugiadas, mediante los medios digitales que se tienen actualmente.

- Modificar realidades, pues las personas migrantes y refugiadas no pueden seguir en las mismas condiciones de vulnerabilidad.
- Incluir a las personas migrantes y refugiadas en la generación de soluciones a los problemas del país.

La Ciudad de México tiene la gran oportunidad de desarrollar una política migratoria propia. Conjuntamente, con los avances jurídicos que tiene en sus legislación vigente puede ser un ejemplo para otras ciudades del país.

Es necesaria una alianza estratégica con ciudades multiculturales en México y en los EUA para construir una nueva realidad de acogida a las personas migrantes, refugiadas y desplazadas.

IV. ACCIONES DE LAS OSC

Sin Fronteras, I.A.P.

- Talleres de sensibilización para personas servidoras públicas sobre las condiciones y derechos humanos de las personas migrantes y refugiadas.
- App México Sin Fronteras, descargable tanto en Android como en IOS, para mantener la comunicación personalizada con personas migrantes y refugiadas en México.

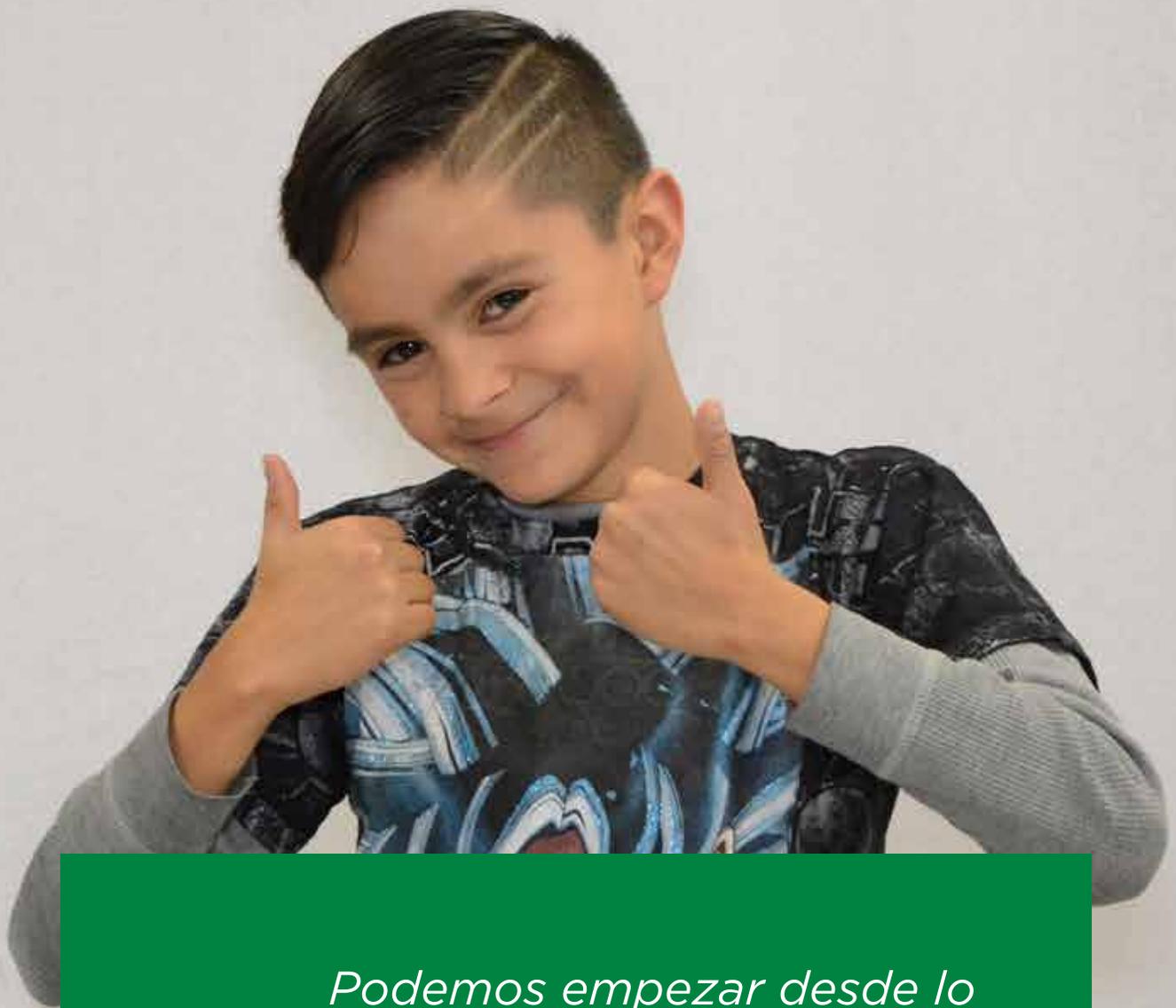
Asistencia y Orientación para la Movilidad Humana, Asmovilidad, A.C.

- “Esperanza desde casa” fue un encuentro cultural a la distancia, en colaboración con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), para celebrar la vida y dar aliento, al igual que difundir la importancia de la comunidad migrante y refugiada. Vínculo: <https://www.facebook.com/watch/?v=1103184186721897>
- Capacitaciones a empresas sobre actualizaciones en medidas migratorias.





**NIÑAS, NIÑOS
Y ADOLESCENTES**



Podemos empezar desde lo inmediato, lo que está a nuestro alcance: hablar con niños, niñas y adolescentes que tenemos cerca. El diálogo mantendrá la posibilidad de escuchar, de saber, de sentirles, y sobre todo que nos ubiquen como acompañantes.

Juan Martin Pérez García,
*Red por los derechos de la Infancia
en México (REDIM)*

I. CONTEXTO DE LA POBLACIÓN: NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES (NNA)²⁷

De acuerdo con las proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050 de la Secretaría General del Consejo Nacional de Población, en **2019 el 31.4%** de la población mexicana eran **niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años**, de los cuales **50.9% eran hombres y 49.1%, mujeres**.

La proporción de niños y niñas de 0 a 11 años en 2019 representaba el 20.9 %, del cual 49.6 % correspondía a la población menor de cinco años y 50.4 % a la población entre 6 y 11 años. La **Ciudad de México** es la entidad federativa con menor porcentaje de personas de **0 a 11 años**, pues sólo representaban el **14.5 %** del total de su población.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en el Panorama Estadístico de la Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes en México de 2019, reportó que no existen datos suficientes sobre violencia en el hogar contra niñas, niños y adolescentes (NNA); no obstante, de los pocos datos recuperados menciona que 4 de cada 10 madres y 2 de cada 10 padres reportan haberles pegado a sus hijos o hijas, mientras que 2 de cada 10 mujeres señalan que sus esposos o parejas han ejercido violencia física contra sus hijos o hijas, y calcula que el **63% de NNA entre uno y 14 años** han experimentado al **menos una forma de disciplina violenta**.

El Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA) realizó un brevecuento del contexto de la pandemia por covid-19 y de lo que ha implicado en términos formales del actuar institucional:

- 27 de febrero, confirmación del primer caso de infección por covid-19.
- 16 de marzo, suspensión de clases a nivel básico.
- 18 al 20 de marzo, suspensiones de actividades y comienzo de guardias en sectores esenciales.
- 23 de marzo, declaración de la emergencia sanitaria por parte del Consejo de Salubridad General.
- 24 de marzo, declaratoria de la Fase II: Jornada de Sana Distancia.

²⁷ Durante la sesión participaron María Morfín Stoopan, presidenta de la Jugarreta, Espacios de Participación, A.C.; Irasema Zabaleta de la Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA) y Juan Martín Pérez García, presidente de la Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM).

- 21 de abril, declaratoria de la Fase III.
- 30 de abril, Primera Sesión Extraordinaria del SIPINNA con la presencia de la Secretaría de Gobernación.
- 1 de junio, inicio de la nueva normalidad en ciertas partes del país, de acuerdo con los semáforos.
- De acuerdo con los datos de la Secretaría de Salud, al 11 de agosto, los casos de NNA con resultado positivo de covid-19 llegaron a 12 mil 686 (3 mil 133 de la Ciudad de México) y 197 defunciones (17 de la Ciudad de México).

Además, el SIPINNA coincide con las organizaciones de la sociedad civil en que los grupos con alta vulnerabilidad durante la pandemia son niños, niñas y adolescentes en pobreza, y también NNA que están en el comercio informal, vendedores/as de alimentos, trabajadoras del hogar, personas migrantes y refugiadas, NNA con discapacidad, institucionalizados en centros de asistencia social, integrantes de pueblos indígenas y comunidades afromexicanas, adolescentes en conflicto con la ley, sobre todo varones, y niñas y mujeres adolescentes por asuntos de género.

Por otro lado, la OMS ha alertado que las personas con comorbilidades forman parte de los grupos de riesgo ante covid-19, por lo que al estar México en los primeros lugares mundiales en obesidad infantil, NNA que presentan esta condición se ubican dentro de los grupos con mayor riesgo de desarrollar síntomas graves por covid-19. ç

Existen desigualdades exacerbadas, sobre todo en el acceso al derecho a la educación y a herramientas, lo que está contribuyendo a su profundización. Las niñas y adolescentes están sufriendo impactos además por el rol de género en las tareas domésticas y de cuidado. Muchas de ellas tienen una carga extra de trabajo en casa, lo que les impide dedicarse a la escuela y al juego.

II. OBSTÁCULOS PARA EL ACCESO A DERECHOS

Durante la pandemia, los problemas que ya tenían NNA no han cambiado, sólo se han profundizado. Al mismo tiempo las decisiones gubernamentales en torno a la pandemia están afectando el derecho a un proyecto de vida (derecho a la vida) de NNA.

En general, hace falta una mirada interseccional para entender los impactos diferenciados de NNA. Hay una fragmentación de acciones públicas; NNA se encuentran anulados de la agenda política sanitaria. El Consejo de Salud no incluye al SIPPINNA.

a) Acceso a servicios de salud

- No se está atendiendo la salud mental de NNA, lo que deriva en aumento de la violencia al interior de los hogares, además de los altos niveles de ansiedad y estrés a causa de la presión para cumplir con el exceso de trabajo escolar o por el desempleo de sus padres o madres.
- En muchas entidades del país, la atención psiquiátrica para NNA no existe en los servicios de salud.
- Las adicciones a ciertas sustancias en NNAs se han agravado durante la cuarentena.
- La disminución en el juego afecta también el bienestar de NNA, y se ha vuelto una actividad secundaria.
- La dificultad para socializar y no reunirse con otros NNA está afectando su salud mental y emocional, sobre todo a los que son hijas e hijos únicos.

b) Acceso a una vida libre de violencia

- Hay un aumento de los índices de la violencia familiar y el maltrato infantil, causados por el estrés, la ansiedad y la saturación de la convivencia familiar.
- También aumentaron las llamadas de emergencia relacionadas con la violencia familiar y de pareja.
- Aumento de la violencia sexual hacia NNAs.
- El Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública no desagrega la información sobre NNA, acción necesaria para conocer sobre el aumento de los niveles de violencia en casa.
- Agravamiento del castigo corporal y la disciplina violenta por el confinamiento vivido durante la pandemia.

- A causa del incremento en el uso de internet, NNA son más susceptibles a sufrir violencia digital, que es más difícil de rastrear por la forma en que se dan los delitos.
- La caída generalizada de ingreso familiar por los despidos ocasionados por la pandemia exacerba los factores de riesgo a la violencia y el estrés con impactos en la salud tanto de NNAs, como de sus padres o madres.
- Existen dificultades durante el distanciamiento social para acceder a medios de denuncia y servicios de emergencia.
- Durante la pandemia hay una mayor exposición de NNA a contenidos violentos en televisión.
- Las procuradurías de protección de NNA no están operando de manera regular pues se encuentran trabajando a distancia. Esto es discriminatorio y afecta de manera grave el derecho a una vida libre de violencia de NNA, pues no se considera un servicio esencial.
- La respuesta institucional a la violencia ejercida contra infancias y adolescencias ha sido fragmentada y con un trato desigual, al no considerarla esencial.
- No hay información sobre el estado de salud y bienestar de NNA institucionalizados.
- En general ha habido desprotección de NNA por parte del estado.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda, alimentación, educación y trabajo)

- El acceso a la educación durante la pandemia es desigual, debido a la brecha digital, es decir, hay falta de atención a las poblaciones con poco o nulo acceso a estas tecnologías de la información, lo que provoca condiciones de discriminación estructural.
- Hay 25 millones de estudiantes que requieren de medidas muy diversas para acceder a su derecho. No se atiende a sus reclamos y hay una saturación de tareas, lo cual se suma al analfabetismo digital.
- Solo el 44% de las viviendas tiene una computadora; 8 de cada 10 tiene acceso a un dispositivo móvil.

- Existe brecha digital entre padres y madres y NNA, lo que impacta en su acceso a la educación; muchas veces los padres y madres no pueden apoyarlos.
- Las familias enfrentan mayores dificultades económicas, ya que hay un aumento en los gastos familiares a causa de los requerimientos de la educación a distancia, pues el 56% de los hogares mexicanos carece de computadora en casa.
- Además, 8 de cada 10 NNA se comunican a través de un dispositivo móvil con redes sociales gratuitas; no obstante, aun cuando las aplicaciones usadas para compartir tareas son gratuitas, la descarga y carga de archivos no, por lo que debe realizarse a través de un servicio de internet de paga.
- El aumento en los despidos ha provocado que las familias ya no puedan pagar ciertos servicios, entre ellos el internet o incluso que decidan que sus hijos o hijas ya no sigan tomando clases. Esto afecta de manera grave a NNA, pues se percibe que entonces pueden ayudar en las tareas domésticas y de cuidado.
- NNA tienen una dificultad para socializar, reunirse con amigos y amigas con otros NNA.
- Hay una disminución en el tiempo de juego por la carga excesiva de tareas, lo cual le resta importancia para el desarrollo psicosocial de niñas y niños, ya que a través del juego procesan sus vivencias y alivian el estrés.
- En algunas comunidades las niñas se encargan de las tareas domésticas, las cuales han aumentado durante la pandemia por el incremento del tiempo en casa.
- Hay personas que se mantienen trabajando fuera de casa, dejando a NNA a cargo de las mujeres adolescentes de la familia, por lo que ellas podrían abandonar la escuela y engrosar la cifra de 5 millones de niños, niñas y fundamentalmente mujeres adolescentes sin ir a la escuela.
- Existe una invisibilidad de NNA pertenecientes a grupos de atención prioritaria como NNA con discapacidad, migrantes, indígenas, afrodescendientes, de poblaciones callejeras, entre otros, en los programas sociales.

- La política implementada por la Secretaría de Educación Pública para el regreso a clases no está dirigida de manera respetuosa, oficial y formal a NNA.
- El sistema educativo nacional sufre de analfabetismo digital tanto de docentes como de NNA, pues no estaban preparadas(os) para migrar de forma inmediata a la modalidad a distancia a través de televisión, programas radiales y a través de internet, por lo que las acciones de las personas docentes no son pedagógicas ni adaptadas a las situaciones que viven NNA.
- Las organizaciones de la sociedad civil consideran la existencia de una doble violación de derechos a la educación de NNA, primero por el cambio abrupto de modelo educativo, que deja fuera a un segmento muy alto de la población, además de obligarles a repetir las tareas, y segundo, por las evaluaciones basadas en la condición económica y demográfica.
- Se pone en condiciones muy complicadas a NNA que cambian de ciclo o nivel educativo. No hay claridad.
- Las y los adolescentes están desertando de las clases virtuales, para buscar algún tipo de empleo y apoyar económicamente en sus casas, pues debido a la pandemia sus madres, padres u otros cuidadores se han quedado sin empleo.
- Un alto número de NNA que no pudieron permanecer en cuarentena por las condiciones estructurales e históricas que no han sido superadas, que es una clara violación a su derecho a la protección.
- La situación de NNA huérfanos por covid-19 no se está atendiendo de manera satisfactoria. Esto incide en su acceso a bienes básicos, desde vivienda hasta educación.

d) Acceso a la información y a la participación

- La coordinación de la oferta existente de los medios para denuncias y servicios de emergencia y el impulso a la denuncia de testigos o personas que saben de la violencia contra NNA, y que tendrían que hacer algún tipo de denuncia.
- NNA fueron anuladas(os) de la agenda relativa a la política sanitaria, pues en general la escucha a NNA es escasa o nula.

- NNA que no han tenido acceso a un dispositivo con internet son discriminados, pues muchas de las acciones durante la pandemia se han llevado a cabo a través de medios digitales.
- La desinformación sobre el virus covid-19 afecta también a NNA de forma negativa.
- Muchos medios de comunicación, a través de campañas mercadológicas violentas, criminalizaron la pobreza y condenaron severamente a quienes no se quedaban en casa, sin tomar en cuenta las condiciones de vida y necesidades de personas y familias.

III. PROPUESTAS PARA EL ACCESO A DERECHOS

Debe haber un mejoramiento en los protocolos de coordinación interinstitucional en materia de NNA y una política articulada entre los tres niveles de gobierno.

Las organizaciones de la sociedad civil proponen modificar la forma de hacer las cosas para asegurar la dignidad de todas las personas. Es necesario que la sociedad se replantee si quiere seguir viviendo como lo ha hecho. Esta pandemia por covid-19 es un hecho histórico nuevo para la humanidad, que hace necesaria una red para repensarse y volver a construir a partir de esta experiencia, identificando prioridades y atendiendo a las preocupaciones que las personas adultas tienen y están afectando NNA, al causarles angustia, estrés y una vida más complicada.

En general, toda medida debe estar dirigida a NNA, a partir de las obligaciones del Estado, tomando en consideración su dignidad, su proyecto de vida.

a) Acceso a servicios de salud

- Ante la saturación de los servicios de salud es vital garantizar el acceso a servicios de atención médica en casos de violencia sexual.
- Atender de manera urgente las afectaciones emocionales de NNA y darles acompañamiento emocional.

- Generar un espacio para que NNAs puedan llamar al 911 para contención emocional y resolver problemática por denuncias.

b) Acceso a una vida libre de violencia (seguridad)

- Fortalecer para apoyar la crianza positiva y la corresponsabilidad familiar, a fin de reducir la violencia.
- Establecer una coordinación de la oferta existente de los medios para denuncias y servicios de emergencia.
- Mayor difusión de los canales de denuncia, además de impulsar la denuncia entre los testigos o personas que saben de la violencia contra NNA y que podrían denunciarla.
- Atender los casos de orfandad por covid-19.
- Regular adecuadamente las franjas horarias en los contenidos televisivos.
- Visibilizar y atender las situaciones de discriminación, cuyos efectos se exacerban en el contexto de covid-19 entre la población infantil y adolescente en México y en la Ciudad de México en específico.
- Identificar y actuar contra las violencias cometidas en contra de NNA y sus repercusiones.
- Fortalecer la actuación de las autoridades especializadas en atender NNA, como las procuradurías de protección de NNA, áreas de primer contacto, autoridades especializadas en justicia penal para adolescentes y servicios de salud.
- Mediar la violencia contra NNA en el marco de covid-19.
- Mediar la afectación de las niñas, niños y adolescentes en situación de trabajo infantil, embarazo infantil y adolescente, deserción escolar y justicia penal para adolescentes durante la pandemia.
- Garantizar el acceso a derechos judicializados, es decir aquellos que se encuentra involucrados en un proceso judicial, ya sea del

ámbito familiar o penal, como procesos de guardia y custodia, pérdida de patria potestad, adopciones o incluso juicios contra padres o madres o tutores que tenían iniciadas carpetas de investigación de denuncias penales por violencia contra sus hijos o sus tutelados, y que han quedado en suspenso por la inactividad de algunas autoridades judiciales ante la pandemia.

- Es necesario dejar de tutelar a NNA y empezar a acompañar. Respetarles como titulares de derechos y no como sujetos de tutela. Dirigir las políticas y las medidas a ellas y ellos.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda, alimentación, educación y trabajo)

- Acceso prioritario a programas sociales de las poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad.

- Definir necesidades específicas de NNA de manera diferenciada con las personas adultas.

- Aprovechar el contacto con NNA para trabajar los temas derivados de covid-19 y preocuparse menos por cumplir con un programa educativo diseñado para una situación presencial.

- La Secretaría de Educación Pública (SEP) debe marcar las pautas para que en este nuevo regreso a clases se detenga un momento la academia y haya un diálogo nutrido entre docentes y NNA acerca de sus sentires, pensares, haceres y aprendizajes durante y después de la pandemia. Además, se debe contar con espacios de juego y diálogo entre pares. También debe haber espacios de contención emocional en caso de actos violentos o de divorcios o separaciones.

- La SEP debe fomentar que las evaluaciones sean omitidas durante esta pandemia, pues los conocimientos que NNA han obtenido son sobre resiliencia y sobrevivencia, sobre todo aquellas(os) que viven con sus agresores.

- Es vital que se retomen los diálogos y acciones para dignificar las vidas de NNA en escenarios donde persiste el crimen organizado.

- No hay posibilidad de que NNA sean felices y mantengan su dignidad, si su proyecto de vida queda truncado o estropeado

por la pandemia o porque el Estado no les garantiza sus derechos.

- Hay áreas de oportunidad por la saturación de la convivencia familiar.
- Recuperar los aprendizajes de la pandemia, sobre todo en el aspecto emocional.

d) Acceso a la información y la participación

- Garantizar la participación de NNA en el contexto posterior a la pandemia, en todos los ámbitos de su interés (familia, comunidad, escuela, etcétera), tomando en cuenta sus sentires y pensamientos acerca de lo sucedido durante la pandemia y lo que se debe hacer en la nueva realidad.

IV. ACTIVIDADES DE LAS OSC Y del SIPINNA

La Jugarreta, Espacios de Participación, A.C.

Durante la pandemia ha realizado acciones en estaciones migratorias y refugios en la frontera norte y sur para NNA migrantes.

También están recibiendo opiniones, textos, testimonios grabados, videos de NNA sobre lo que están viviendo, sobre lo que piensan y proponen. La recepción es a través de su página de Facebook.

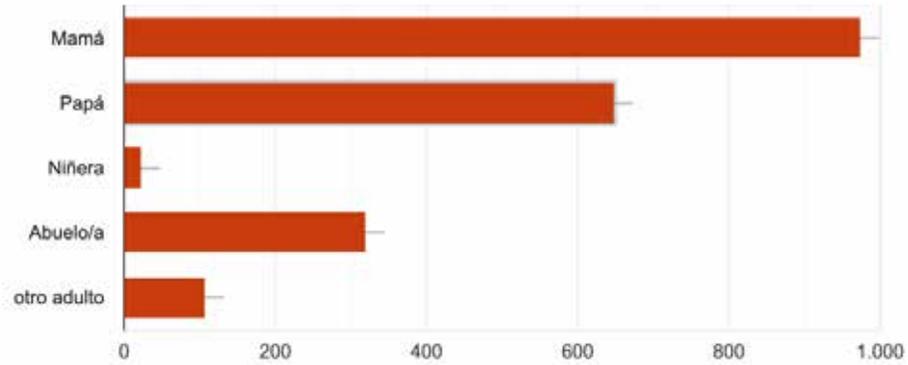
Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes
Implementación de la Estrategia Nacional de Sana Convivencia con cuatro ejes de intervención:

- 1. Protección:** Atención y seguimiento a denuncias por violencia.
- 2. Formación:** Oferta de fortalecimiento de capacidades de los entes públicos en la protección de derechos.
- 3. Participación:** Involucrar a NNA, como agentes activos.
- 4. Difusión:** Mensajes homologados respecto a la prevención y detección de las violencias y recopilación pertinente y sistematizada de datos oficiales.

Se promovió que en los Centros de Comando, Control, Cómputo, Comunicaciones y Contacto Ciudadano (C5) de las diferentes entidades, a través de las llamadas al 9-1-1 (nueve uno uno), NNA puedan tener atención psicoemocional, para después ser canalizados a la autoridad competente. Se realizó la convocatoria “Crónicas de la Cuarentena” para dos sectores de edad, con el objetivo de fomentar la participación de NNA, para que sus ideas y propuestas se conviertan en acciones del Gobierno de México para su atención ante covid-19.

¿Quién te cuida en casa? puedes elegir varias

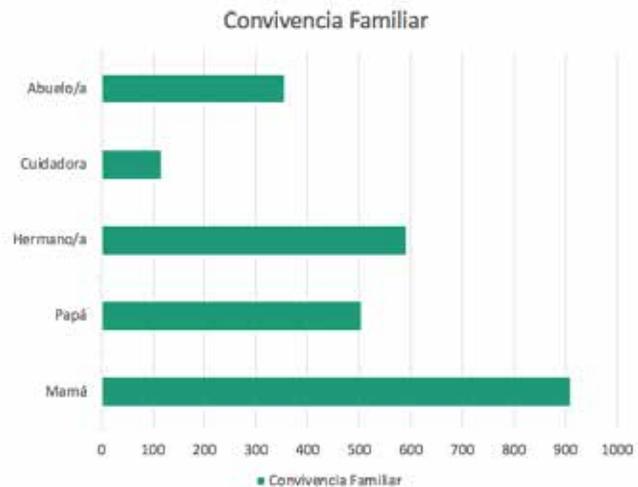
1.060 respuestas



¿Cómo te sientes quedándote en casa?



¿Con quién convives más?





**PERSONAS
AFRODESCENDIENTES/AFROMEXICANAS
E INDÍGENAS EN LA CIUDAD DE MÉXICO**

*Para el diseño de políticas
públicas diferenciadas es
necesario contar con
información que dé cuenta de
las dinámicas territoriales,
organizacionales y de
condiciones de las personas
afro e indígena*

Tatiana Alfonso

I. CONTEXTO DE LAS PERSONAS AFRODESCENDIENTES/AFROMEXICANAS E INDÍGENAS²⁸

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en la Encuesta Intercensal de 2015 señala que alrededor de **1,4 millones** de habitantes en el país son población afro y negra. De ésta, **160 mil 353 personas afro** radican en la **Ciudad de México**, es decir, el 1.8 % de la población total de la ciudad.

Se estima que son **25.7 millones de personas indígenas** a nivel **nacional**, de las cuales **7.3 millones hablan alguna lengua indígena** y 909 mil no hablan español; solo se comunican en su lengua. En la **Ciudad de México** habitan **784 mil 605 personas indígenas**, lo que equivale al 3.05 % de la población total de la metrópoli.

OXFAM México, en su investigación *Por mi raza hablará la desigualdad: Efecto de las características étnico-raciales en la desigualdad de oportunidades en México*²⁹, menciona que las personas indígenas, morenas y mulatas, y quienes hablan una lengua indígena tienen menor probabilidad de acceder a la educación, a altos puestos de trabajo y a la riqueza material. Veamos.

Respecto a la educación, el **26.4 %** de las personas que se autoadscriben como indígenas **no terminaron la primaria**, el porcentaje incrementa cuando son **hablantes de una lengua indígena (43.2%)**. Solo el **8.5%** de las **personas indígenas** lograron estudios superiores, hay una disminución en el porcentaje en quienes son **hablantes de lenguas indígenas 6.2%**. El **23.9 %** de las personas **negras y mulatas no concluyeron la primaria**, solo el **12.4 cuenta con educación superior**. El 10.7 de las personas blancas o mestizas no concluyeron la primaria y el 25.5 % obtuvo estudios superiores.

En la dimensión ocupacional, el 40.5 de las personas indígenas eran trabajadoras manuales de baja calificación y el 10.4 eran empleadoras o directivas, profesionales y técnicas de servicios. Los porcentajes muestran un cambio significativo para quienes son hablantes de lenguas indígenas, 55.2 y 7.4 respectivamente. Acerca de las personas negras o mulatas, el 31.7 % son trabajadoras manuales y el 13.5 empleadoras. En el caso de las personas blancas y mestizas, son el 18.8 y 25.7 % respectivamente.

Referente a la riqueza material (toma en cuenta la disponibilidad de bienes, servicios y activos), el **41.7% de las personas indígenas** se concentra en el **quintil más bajo de riqueza** y el 6.2 % en el quintil más alto. Se observa

²⁸Durante la sesión participaron Gilberta Mendoza, intérprete de Náhuatl, Hugo Arellanes de Huella Negra A.C. y Tatiana Alfonso, profesora e investigadora del Instituto Tecnológico Autónomo de México, y asambleístas del Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México.

un cambio significativo en los porcentajes que representan a las personas **hablantes de lenguas indígenas con 63.9%** y 2.9% respectivamente. El **31.4% de las personas negras o mulatas** se encuentra en los **niveles más bajos económicos** y el 9.5 en los más altos. Por último, de las personas blancas y mestizas, el 14.2 % se concentra en el quintil más bajo y el 24.4 en el más alto.

De la anterior investigación se observa que hablar una lengua indígena, identificarse dentro de una comunidad indígena, negra o mulata, o tener el color de piel más oscuro, son rasgos que exponen a las personas a la discriminación y limitan su movilidad social. Y dentro de esta plétora de discriminación, ser mujer indígena es la que genera mayor discriminación.

Por tanto, cuando se analizan los impactos diferenciados ante covid-19 y las medidas implementadas por los distintos poderes, se requiere partir desde el reconocimiento de la desigualdad estructural (incluyendo el racismo) y el enfoque de interculturalidad.

Una de las formas de diagnosticar las condiciones de desigualdad por motivos étnicos y raciales es mediante censos. Por tanto, es importante prestar atención al diseño y análisis de los indicadores de las encuestas censales, así como la aplicabilidad de estas.

Por ejemplo, las personas afrodescendientes, fromexicanas y negras en México se les ha invisibilizado históricamente. Por primera vez el INEGI, a través de las encuestas en hogares, incluyó indicadores que registran la autoadscripción étnica a esta población, lo cual permitirá la adopción de decisiones en materia de políticas públicas. Sin embargo, derivado de la emergencia sanitaria nacional por la pandemia de covid-19, se postergó hasta nuevo aviso.

En la Ciudad de México se presentaron casos de denuncia en torno a personas encuestadoras del INEGI que omitían la pregunta de autoadscripción, debido a que se basaron en prejuicios respecto a las personas afro (tonalidad de piel, características físicas, entidad de origen), así como la reacción de indignación de las personas encuestadas cuando les preguntaban. Cabe señalar que esta situación es un reflejo de la violencia institucional ante la omisión en el reconocimiento de la población afro y la nula sensibilización de la sociedad.

Para el seguimiento del Censo de Población y Vivienda 2020, el INEGI propuso su aplicación a través de medios digitales. Sin embargo, se excluye a aquellas personas que no tienen acceso a dispositivos móviles.

²⁹Consultable en https://www.oxfamMexico.org/sites/default/files/Por%20mi%20raza%20hablara%20la%20desigualdad_0.pdf

Referente a la perspectiva de interculturalidad, los pueblos indígenas y las personas afro se desarrollan en estructuras comunitarias y formas de organización social que permiten responder a momentos de crisis. Sin embargo, al migrar a la Ciudad de México estos se fragmentan y dificultan afrontar determinadas situaciones.

El confinamiento ha impactado a nivel emocional por la falta de convivencia familiar y la pausa de rituales (fiestas patronales, mayordomías, misas en los funerales, etcétera).

Otro impacto está relacionado con la naturaleza, que es sinónimo de pertenencia, alimentación y sanación.

La digitalización de la educación y el trabajo ha sido un reto. La falta de dispositivos electrónicos, aunada a la brecha digital y el número de personas que las emplean en un mismo espacio y de forma simultánea, impacta en el cumplimiento de las actividades.

Otro factor que influye en el ámbito educativo es el aprendizaje en casa de niñas, niños y adolescentes, y el acompañamiento por parte de sus madres y padres. Como señalan las estadísticas previamente mencionadas, un porcentaje considerable de personas indígenas y negras no concluyeron la primaria, por lo que hay un déficit en el acompañamiento escolar.

La ausencia de perspectiva intercultural para la toma y anuncio de medidas contra covid-19 ha provocado que las personas indígenas no comprendan el alcance y la forma en que pueden cuidar de su salud. El distanciamiento no tiene traducción a las lenguas indígenas, pues su paradigma es vivir en comunidad.

II. OBSTÁCULOS PARA EL ACCESO A DERECHOS

a) Acceso a servicios de salud

- Debido a que la población afro e indígena en la Ciudad de México tiene mayoritariamente trabajos informales y autoempleo, no cuentan con seguridad social. Al asistir al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), hay escasez de medicamentos.

³⁰ Aquí puede accederse a una guía para evitar este tipo de prácticas publicada por el CONAPRED: <http://sindis.conapred.org.mx/investigaciones/guia-para-la-accion-publica-para-la-prevencion-de-practicas-de-perfilamiento-racial/>

- Existe resistencia por parte de las personas indígenas para asistir a servicios médicos por cuestiones culturales. Ésta aumenta cuando el personal de salud les discrimina y racializa.
- No hay perspectiva intercultural para la prestación de servicios de salud, especialmente con las mujeres.
- En el pensamiento indígena, covid-19 no tiene traducción, por lo que puede ser cualquier enfermedad; no se ha explicado con perspectiva cultural.
- Hay un retraso en la atención médica hacia las personas afro. Se parte de la creencia de que al ser “personas fuertes por su apariencia, pueden esperar la atención.”
- No se garantizan intérpretes de lenguas indígenas en los servicios de salud.

b) Acceso a una vida libre de violencia

- Invisibilización sistemática y criminalización de la población afro e indígena.
- Falta de armonización normativa a nivel federal y local para la garantía de los derechos de la población afro.
- Las mujeres indígenas en la Ciudad de México externalan a sus pares con mayor facilidad la violencia de género que viven, para prevenir y acompañar otros casos. Lo anterior se debe a que viven en comunidad.
- Existen diversos obstáculos para denunciar actos de discriminación y violencia. Entre estos que los trámites son lentos y largos, negación del racismo como motivo de discriminación y revictimización.
- No se confía en las instituciones públicas, por eso no se denuncia. Además, interponer denuncias es muy difícil, y no es fácil darles cauce y seguir el proceso.
- Hay criminalización en contra de las personas racializadas. Muchas personas funcionarias, tanto en seguridad como en Ministerio Público, atienden con base en estereotipos relacionados con la pertenencia étnico-racial de las personas.

- Hay procesos de racialización y “profiling” o perfilamiento racial

c) Acceso a bienes básicos (vivienda y alimentación)

- Los programas sociales dirigidos a población indígena sólo se enfocan en visibilizar la interculturalidad y acciones asistencialistas, pero no atienden la desigualdad estructural y el acceso a derechos como salud, vivienda, educación y trabajo. Además, estos programas en muchos casos se han suspendido.
- Hay precariedad en el acceso a la vivienda, existen afectaciones particulares sobre este derecho.
- Una cantidad considerable de la población indígena y afro labora en el sector informal y autoempleo (venta de artesanías, trabajo doméstico, trabajo en construcciones). Derivado de la contingencia sanitaria se les despidió, la fuente empleadora les solicitó ausentarse o disminuyó la demanda de sus productos. Esto impacta en sus ingresos económicos, por lo que hay dificultad para pagar servicios como vivienda, alimentación y transporte al interior de la ciudad.
- Hubo malas cosechas, las familias llegaron a vivir juntas. Muchas personas viven bajo el mismo techo, lo que implica mayor riesgo de contagio.
- Derivado de lo anterior, familias han retornado a sus comunidades de origen para acceder a bienes básicos.
- Las personas afrodescendientes habitan en demarcaciones de la Zona Metropolitana del Valle de México donde se presenta mayor incidencia de covid-19.
- A pesar de que la población indígena y afro es considerada como comunidad étnica, la Secretaría de Trabajo y Fomento al Empleo solo brinda seguros de desempleo a las personas indígenas.

d) Acceso a la información

- No existe información oficial sobre la población afro y negra en México. Dicha falta de información también se ve reflejada en los impactos en la población afro por covid-19.

- No se está recabando la información étnico-racial en las instituciones de salud para conocer los impactos en estas poblaciones de covid-19.
- La información sobre covid-19 emitida por las autoridades no se interpreta en las lenguas maternas de las personas indígenas. Asimismo, no se reconoce su cultura (costumbres, valores, necesidades), lo que dificulta implementar las medidas recomendadas. Por ejemplo, en las comunidades indígenas se promueve la convivencia, cohesión y colectividad, por lo que la sana distancia y quédate en casa tienen un enfoque individualista, o la interpretación de la palabra covid-19 desde las comunidades indígenas puede ser equiparable a otras enfermedades.
- La centralización de la información por medios digitales impide su acceso. Hay comunidades en diversas entidades que no usan los dispositivos móviles, ya que no hay señal ni internet. Esta situación preocupa a las personas que radican en la Ciudad de México porque hay obstáculos para compartir información.
- No se brindan servicios de interpretación en lenguas indígenas a las personas que asisten a los diversos servicios de la Ciudad de México.
- No se tiene acceso a herramientas tecnológicas. Existe una gran brecha digital en las poblaciones indígenas y afro.
- Los cibercafés cerraron y no se tiene acceso a información en línea.

III. PROPUESTAS PARA EL ACCESO A DERECHOS

En general es necesario diseñar e implementar políticas públicas diferenciadas para población indígena y afro, en las que se fomente la participación de ambas poblaciones. Asimismo, las acciones deben atender su inclusión.

Además, es importante avanzar en una cultura que elimine el mito del mestizaje para reconocer la diversidad étnico-cultural en nuestra Ciudad.

a) Acceso a servicios de salud

- Difundir información sobre la salud, incluyendo el autocuidado, entre pares.
- Diálogo entre comunidades y respeto hacia sus respuestas.
- Recabar datos sobre las personas enfermas de covid-19 y fallecidas por esta enfermedad para conocer la incidencia en las comunidades indígenas y afro.

b) Acceso a una vida libre de violencia (seguridad)

- Visibilizar y eliminar la violencia por motivos étnicos y raciales que viven las personas indígenas y afro.
- Hacer llamados a la solidaridad y acciones colectivas.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda y alimentación)

- Establecer el programa de seguro de desempleo para las personas afro.
- En el tema educativo se recomienda tomar en consideración al profesorado rural para que los niños y niñas puedan estudiar. Implementar medidas afirmativas para que las personas indígenas accedan a la educación desde un enfoque de interculturalidad.
- Generar formas de continuar con la ritualización y las prácticas comunitarias. Respeto a las respuestas comunitarias.
- Un seguro de desempleo específico para población afro en la Ciudad de México.

d) Acceso a la información

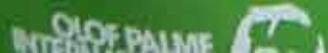
- Brindar información respecto a covid-19, recomendaciones y servicios desde un enfoque intercultural mediante personas intérpretes, colectivos y espacios donde se concentra la población indígena, tomando en cuenta las medidas sanitarias.

- Generar información diferenciada sobre la población indígena y afro en los censos, así como políticas públicas, programas sociales y acciones implementadas por el Gobierno de la Ciudad de México.
- Las instituciones públicas deben garantizar la interpretación en lengua materna para las personas indígenas. La Secretaría de Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades Indígenas Residentes (SEPI), el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI), el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI), la Organización de Traductores, Intérpretes Interculturales y Gestores en Lenguas Indígenas A.C. y la Organización Mexicana de Traductores (OMT) cuentan con un padrón de personas intérpretes.
- Campaña para la visibilización de la población afro en la Ciudad de México.

PERSONAS TRABAJADORAS DEL HOGAR EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Ponte los
guantes por
los derechos de las
trabajadoras
del hogar

www.caceh.org.mx
Twitter: @untrabajodigno
Facebook: caceh.centrodecalapoyajo
Correo: contacto@caceh.org.mx
Tel: 52501 5466 Cel: 55 10 66 21 03



Las personas que históricamente han estado en desventaja la pasan peor en estos momentos. Las trabajadoras del hogar fueron uno de los primeros grupos en ser despedidos... Las trabajadoras del hogar están arrojadas a la buena voluntad de sus empleadores.

Marcela Azuela,
Hogar Justo Hogar

I. CONTEXTO DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS DEL HOGAR³¹

En México hay **2.4 millones de personas trabajadoras del hogar** y de ellas, el **92% son mujeres**. Este sector experimenta múltiples situaciones de discriminación por diversas causas, como su nivel socioeconómico y de educación. Este grupo es muy vulnerable, ya que está sujeto a la voluntad de sus empleadoras y empleadores, y muy difícilmente cuentan con compañeras o compañeros de trabajo, como en otras ocupaciones, que las puedan orientar en sus derechos o con quienes puedan compartir las condiciones y vivencias en su trabajo. En muchas ocasiones las personas trabajadoras del hogar aceptan condiciones de trabajo que no son favorables debido a sus necesidades económicas y no tienen suficiente conocimiento sobre sus derechos. El hecho de que muchas trabajan en el mismo lugar donde viven hace que no se distinga entre el espacio de trabajo y el de vivienda, y que las jornadas se alarguen.

El 42% de las personas trabajadoras del hogar gana entre uno y dos salarios mínimos, y no un salario profesional como lo marca la ley, es decir, viven al día. **El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tiene 22 mil 300 personas trabajadoras del hogar afiliadas**, lo cual es muy poco en comparación con los 2.4 millones de trabajadores y trabajadoras del hogar.

Históricamente, las personas trabajadoras del hogar han sido discriminadas a raíz de la naturaleza de su trabajo, ya que la sociedad no lo ve como una actividad que aporte a la economía del país, sino como una labor que sólo pueden hacer mujeres, personas sin educación o en situación de pobreza. Este estigma social ha hecho que el sector no tenga la atención que merece y necesita.

El panorama de la covid-19 ha sido desfavorable para las personas trabajadoras del hogar. En tiempos de pandemia, las trabajadoras fueron uno de los primeros grupos de población en ser despedidos, o fueron enviadas a su casa o “descansadas” sin goce de sueldo. Algunas de las trabajadoras de planta no pueden salir de la casa en donde trabajan y tienen mucho más trabajo, ya que están de lunes a domingo y la mayor parte del trabajo recae sobre ellas. Si se llegó a un acuerdo consensuado, y se decidió por ambas partes que la trabajadora se quedara en casa del empleador o empleadora, por salud de todos, la jornada laboral debe ser

³¹ Durante la sesión participaron Marcela Azuela, Presidenta de Hogar Justo Hogar# y Marcelina Bautista, fundadora del Centro de Apoyo y Capacitación para Empleadas del Hogar# (CACEH) y del Sindicato Nacional de Trabajadores y Trabajadoras del Hogar# (SINACTRAHO).

de ocho horas, como lo establece la Ley. Cuando un empleador contrata a una trabajadora del hogar, se le deben brindar todos los derechos laborales como a cualquier persona.

En 2019 se modificó la Ley Federal del Trabajo, ya que antes el Capítulo 13 establecía que las trabajadoras del hogar debían descansar nueve horas durante la noche y tres durante el día, con un total de doce horas de descanso; es decir, debían trabajar otras doce horas, a diferencia del resto de los trabajadores, cuya jornada laboral es de ocho horas. En ese mismo año, surgió un programa piloto del IMSS para brindar seguridad social a las trabajadoras del hogar cubriendo la mayor cantidad de derechos posibles. Al inscribir a las trabajadoras, automáticamente se vuelven beneficiarios sus hijas, hijos, y padres. Dicho programa entrará en vigor y será obligatorio a partir de octubre de este año. De igual manera, México ratificó el convenio 189 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que habla de derechos mínimos para trabajadoras del hogar.

Si una persona trabajadora del hogar ha sido despedida injustificadamente, se puede acudir ante la Procuraduría del Trabajo, en el caso de la Ciudad de México, a través de los números habilitados para que las personas que han sido despedidas de manera injustificada puedan recibir orientación y si es el caso, puedan presentar una demanda.

Las personas trabajadoras del hogar necesitan tener un contrato por escrito, donde se especifiquen sus días de vacaciones, se garantice el aguinaldo, se otorguen días de descanso y cuenten con los derechos que tiene cualquier persona trabajadora. Sin embargo, esto ha sido muy difícil porque las personas empleadoras no valoran el trabajo y no creen que sea necesario darles un contrato. Por esto, a las trabajadoras se les dificulta el acceso a sus derechos y con la pandemia, la situación se ha agravado: hay muchos despidos y disminución de salarios, situación que preocupa y pone en riesgo a las personas trabajadoras del hogar.

El CACEH logró que Alfonso Cuarón y Participant, que es una organización civil que promueve películas de contenido, ofrecieran un video que habla sobre las buenas prácticas de personas empleadoras que están pagando íntegramente el salario a las trabajadoras en la pandemia. Esta campaña, *Cuida A Quien Te Cuida y Haz lo Correcto*³², es un llamado de atención con el objetivo de crear conciencia en las personas y proteger a este sector.

³² La campaña se puede ver aquí: <https://www.youtube.com/watch?v=iR1dXQb7E3s>

II. OBSTÁCULOS PARA EL ACCESO A DERECHOS

a) Acceso a servicios de salud

- No cuentan con seguridad social.
- Debido a su bajo salario, no cuentan con los recursos suficientes para acudir a una clínica particular.
- Muchas no han podido aislarse y siguen trabajando, y se someten a las decisiones del distanciamiento de sus empleadores/as.

b) Acceso a una vida libre de violencia

- A raíz del confinamiento, ha aumentado la violencia hacia las trabajadoras del hogar, llegan a vivir situaciones en las que se enfrentan a gritos, insultos, humillación e incluso golpes.
- Las trabajadoras del hogar tienen muy normalizada la violencia, ya que en sus hogares tienen que lidiar con lo mismo.
- Se viven casos de violencia sexual por parte de las y los empleadores, amigos de empleadores, vecinos, familiares, etcétera, y guardan silencio por el posible enojo de las empleadoras.
- Las trabajadoras del hogar prefieren cuidar su ingreso que exigir sus derechos, lo que las coloca en una posición muy vulnerable respecto de las violencias y la discriminación.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda y alimentación)

- En muchas ocasiones, las trabajadoras del hogar obtienen la comida que las personas de la familia no quisieron, en lugar de comida en buen estado.
- Muchas trabajadoras del hogar tienen restringida la comida en la casa donde trabajan, les cuentan la comida o no les dan las comidas a las que tienen derecho.
- Al no estar afiliadas en el seguro social, no cotizan y por lo tanto no tienen acceso a un crédito para obtener una vivienda.

- Los cuartos en los que residen no son dignos. Muchas veces ni siquiera están acondicionados como habitaciones.
- La falta de ingresos pone en peligro su acceso a vivienda al no poder pagar la renta.

d) Acceso a la información

- Las personas trabajadoras del hogar difícilmente tienen acceso a información verídica con respecto a la pandemia.
- Muchas trabajadoras que están de planta no se enteran de las cosas que están pasando actualmente.
- No tienen acceso a teléfonos inteligentes o red.
- La información no es culturalmente apropiada; muchas trabajadoras del hogar son indígenas y hablan lenguas indígenas.

e) Derechos laborales

- En la mayoría de los casos no cuentan con un contrato, esto provoca que no puedan acceder fácilmente a sus derechos y que éstos sean violentados.
- Hay temor a organizarse por falta de información.
- Falta acceso a la información sobre seguros de desempleo; tan solo 70 se incorporaron.

III. PROPUESTAS PARA EL ACCESO A DERECHOS

a) Acceso a servicios de salud

- Platicar con las trabajadoras acerca de su salud y la de sus familias, definir sus contactos de emergencia.
- Prestar atención a síntomas como fiebre, tos, dolor de cabeza o dificultad para respirar en las trabajadoras y en las familias, para acercarse a los servicios de salud y tener diagnósticos y acciones terapéuticas oportunas.

- Si se presenta alguno de los síntomas en integrantes de la familia, se debe seguir el mismo procedimiento e informar a las trabajadoras para que ellas estén pendientes de la salud de sus familias.
- No obligar a las trabajadoras a cuidar a otras personas con síntomas o afecciones respiratorias, ni descuidar a sus propias familias para atender a otras.
- Que los empleadores afilien al seguro social a las trabajadoras del hogar, para que tengan la oportunidad de acceder a todos los servicios de salud.
- Dar apoyo en cuestiones de salud si no están afiliadas al IMSS.

b) Acceso a una vida libre de violencia

- Mandar información a través de los medios de comunicación como Whatsapp, acerca de opciones a donde acudir si están viviendo algún tipo de violencia, a quién pueden contactar y dónde levantar una queja.
- Debemos brindarles un tiempo y espacio para que puedan tener privacidad.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda y alimentación)

- Deben recibir alimentos dependiendo de las horas que trabajan; si son trabajadoras de planta se les deben brindar las 3 comidas; si trabajan ocho horas, dos comidas; si trabajan menos de ocho horas, una comida.
- Se propone que las secretarías del trabajo federal y local establezcan un programa de seguro de desempleo para las trabajadoras del hogar con información accesible.
- Apoyo para beneficios de transporte, pues en la Ciudad de México hay 300 mil trabajadoras que transitan entre el Estado de México y la capital.
- Avanzar en la iniciativa de ingreso mínimo vital.

d) Acceso a la información

- No hay información desagregada sobre cuántas trabajadoras del hogar se han contagiado en sus empleos.
- Hablarles a las trabajadoras con un lenguaje claro y conciso acerca de las cosas que están pasando con respecto a covid-19.
- Recurrir a páginas web y a organizaciones que comparten información oficial. (Hogar Justo Hogar).
- Pueden comunicarse al Centro de Apoyo y Capacitación para Empleadas del Hogar (CACEH) para asesorías legales o apoyo.
- Desarrollo de la app DIGNA para difundir información sobre sus derechos.

d) Derechos laborales

- Todas las trabajadoras del hogar deben tener un contrato, como cualquier otro trabajador. Dicho contrato debe contener los derechos de los trabajadores, como prima vacacional, aguinaldo, cuánto y cuándo se le debe pagar.
- Generar políticas públicas que verdaderamente ayuden a las trabajadoras del hogar a ejercer los derechos que marca la ley.
- Que haya una sanción para aquellos que contratan y no aseguran a la trabajadora del hogar.
- Darle un seguro de desempleo a las trabajadoras del hogar.
- Ver la manera en que las personas trabajadoras del hogar tengan beneficios de transporte.
- Avanzar en la inspección de los lugares de trabajo con fundamento en el Convenio 189 de la OIT y buenas prácticas de otros países.

Es importante que las y los empleadores inscriban a las trabajadoras del hogar a la seguridad social en la página web del IMSS. Se necesita el CURP de la trabajadora, un correo electrónico y esto es suficiente para que te proporcionen el número de seguridad social. Éste es un derecho que se les debe garantizar.

Se han implementado varias leyes que protegen a las personas trabajadoras del hogar; sin embargo, es prioritario que haya un cambio cultural para que tengan una vida digna en todos los aspectos.

A close-up photograph of a person's hands holding a bright red awareness ribbon. The person is wearing a dark blue or black t-shirt. The background is dark, and the lighting highlights the texture of the ribbon and the person's skin. A blue diagonal graphic element is overlaid on the left side of the image, containing the text.

**PERSONAS QUE VIVEN
CON VIH EN LA CIUDAD
DE MÉXICO**

"Algo no estamos haciendo bien desde las organizaciones de la sociedad civil, desde las instituciones, desde nuestros centros comunitarios. Algo sigue ahí en el espacio en el que tratamos de hacer todo lo posible por echar a andar el motor de muchas vidas de nuevo. Ese estigma interiorizado que sigue creciendo y llevándose a las personas aun ahora. Antes las personas con VIH morían por falta de medicamentos y cuidados. Hoy morimos a causa del miedo, ese miedo que nos impide vernos como lo que somos: personas valiosas con un largo camino, aun después del VIH en nuestro cuerpo."

Alaín Pinzón
en "La decisión de dejarse morir"

El virus de la inmunodeficiencia humana o VIH causa la infección por VIH, que puede desarrollarse en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). El sida es una enfermedad que progresa hacia la falla del sistema inmune, con lo que se desarrollan enfermedades oportunistas cuando los niveles de linfocitos T CD4 están por debajo de 200 por mililitro³³. Entonces, el VIH infecta células vitales en el sistema inmune y puede llevar a niveles bajos de células CD4.

Existen dos medidas básicas que indican cómo se encuentra la salud de una persona con VIH: los estudios CD4 y la carga viral. Las CD4 son células que protegen y combaten las enfermedades y la carga viral significa cuántas copias del virus existen en el cuerpo. Idealmente, una persona debe tener “muchos CD4” y una carga viral “muy pequeña”, de preferencia indetectable, es decir, que haya tan poco virus en el cuerpo que no sea detectable a través de un examen de laboratorio.

Lograr este equilibrio gracias a los tratamientos antirretrovirales (ARV) es lo que se conoce como adherencia. Dichas medidas son tomadas a través de análisis de laboratorio e idealmente deben tomarse por lo menos una vez al año. Debido a la pandemia, muchos de los servicios para realizar los conteos CD4 y carga viral están suspendidos, por lo que una persona no puede saber cómo está.

Hasta el momento el virus es imposible de curar y no existe una vacuna para prevenirlo, pero los medicamentos antirretrovirales (ARV) permiten que las personas que viven con VIH puedan tener una buena calidad de vida siempre y cuando tengan una buena adherencia, es decir, que se utilicen correctamente de manera diaria, de preferencia por años o de por vida. Una de las ventajas de los ARV es que permiten que las personas que viven con VIH no puedan transmitir el virus a otras personas, por eso es tan importante que no haya interrupción en el tratamiento.

Uno de los problemas que pueden presentarse en el contexto de Covid-19 es que si una persona tiene las células CD4 en niveles muy bajos y no está accediendo al tratamiento, su salud e incluso su vida pueden estar en riesgo. Otro de los grandes problemas es que mucha gente puede adquirir VIH durante la emergencia provocada por la pandemia, por lo tanto se empezará a deteriorar su organismo y si no puede hacerse la prueba o si no puede empezar a recibir el tratamiento en la institución de salud que le corresponde, su salud puede deteriorarse, dependiendo de la persona. Por esta razón es tan importante que los servicios de salud para atender el VIH no se interrumpan debido a Covid-19.

³³ Consultado en [Wikipedia en español](#)

Cuando existe menos homofobia y discriminación en un país, sobre todo en los servicios de salud, es mucho más probable que las poblaciones se hagan la prueba, pidan condones, vayan por el medicamento y lo mantengan adecuadamente.

I. CONTEXTO DE LA POBLACIÓN QUE VIVE CON VIH³⁴

En la **Ciudad de México** existen cerca de **50 mil personas** que viven con **VIH**, mientras que en toda la **República Mexicana** se estima que son alrededor de **230 mil personas**. El **diagnóstico del VIH es del 60%**. El **17%** de las personas diagnosticadas **no se incorpora al tratamiento de manera inmediata**.

De acuerdo con el Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH, CENSIDA, de las personas que se encuentran en tratamiento antirretroviral hasta hoy, 21 mil 500 son mujeres y casi 79 mil son hombres. En 2019 hubo 12 mil 064 nuevos casos en tratamiento antirretroviral, de los cuales el 45% corresponden a personas entre los 15 y 29 años.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) estableció el objetivo 90-90-90 a cumplirse en 2020: tratamiento para todas las personas; éste implica que en el 2020 el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, que el 90% de personas diagnosticadas con VIH reciban terapia antirretrovírica continua y que el 90% de las personas que reciben terapia antirretrovírica, tengan supresión viral. El **estatus inmunológico** de las personas que viven con VIH en la **Ciudad de México** es de 67% con carga menos o igual a 200 CD4 y el porcentaje de **personas en tratamiento antirretroviral (TAR) indetectable** es del **90%**.

Existen algunas similitudes entre la pandemia del VIH y la de Covid-19. Cuando se descubrió el VIH, no había suficiente información acerca de las formas de transmisión y efectos al contraerlo. Ahora es similar con COVID-19. Esta situación lleva a la estigmatización y por ende, a la discriminación. La comunidad gay sufrió los embates de la desinformación y el estigma. Hoy las personas que se han enfermado de COVID-19, así como el personal de salud que la atiende, viven violencias y discriminación.

Después de casi cuatro décadas de epidemia de VIH no se ha eliminado el estigma hacia las personas que viven con el virus y hacia las poblaciones clave que son las más afectadas por el mismo: hombres gay, mujeres trans,

³⁴ Durante la sesión participaron Ricardo Baruch, Francisco López de Karuna, Salud y Desarrollo, A.C. y Alain Pinzón, activista y presidente de VIHve Libre.

trabajadoras sexuales y usuarios de drogas inyectables. Todas las personas son vulnerables a contraer el VIH, pero algunas poblaciones tienen mucho más riesgo por diferentes factores como sus prácticas sexuales y algunas cuestiones más estructurales.

Debido a la situación provocada por la pandemia de Covid-19, existen problemas para continuar con la prevención y detección oportuna del VIH. Desde antes de la pandemia por Covid-19, muchos esfuerzos de prevención en México estaban frenados por la falta de recursos, debido a que el Gobierno federal cambió el esquema de compra de medicamentos, lo que generó desabasto, dejó de brindar apoyo a las organizaciones de sociedad civil y las actividades de prevención se redujeron.

Algunas personas en México estaban accediendo a la profilaxis preexposición (PrEP); este tratamiento se puede tomar para evitar la transmisión del VIH, pero a raíz de la pandemia se detuvo este protocolo que se daba en la Clínica Condesa en México. En la detección sucede una cuestión muy similar: si una persona quiere hacerse la prueba de detección del VIH, hoy hay menos espacios y menos organizaciones de la sociedad civil donde pueden acudir para hacerse la prueba de manera confidencial y gratuita. Las personas que viven con VIH podrían tener más dificultades para acceder adecuadamente a su tratamiento.

De acuerdo con un estudio reciente de ONUSIDA en **América Latina y el Caribe, 5 de cada 10 personas han presentado dificultades para obtener su tratamiento**, sólo 3 de cada 10 tiene tratamiento antirretroviral para más de 2 meses y el 49% solo tiene para un mes; 2 de cada 10 personas no tienen tratamiento para terminar el mes.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicaron un documento el 24 de marzo de este año, titulado *Enfermedad por coronavirus (COVID-19) y VIH: Asuntos y acciones clave*³⁵, que es fundamental para entender cuáles son los puntos clave entre el VIH y Covid-19. Este documento dice que las personas que viven con VIH deberían tener acceso a apoyo telefónico o virtual para apoyar su salud mental. Las personas que tenían contención o ayuda psicológica profesional dentro de los servicios de salud del Estado se quedaron sin ellos debido a la contingencia. La OPS y la OMS señalan que los Estados deben garantizar el acceso a un apoyo telefónico virtual en cualquier aplicación o en cualquier plataforma en internet, lo cual no está sucediendo. Las organizaciones de la sociedad civil son las que tratan de brindar ayuda psicológica. La OPS y la OMS también plantean que se podría utilizar el apoyo virtual por plataformas como WhatsApp y reducir la necesidad de

³⁵ Se puede consultar en: <https://www.paho.org/es/documentos/enfermedad-por-coronavirus-covid-19-and-hiv-asuntos-acciones-claves>

acceder a un sistema de salud sobrecargado. Desafortunadamente esto no ha pasado en ninguna de las instituciones como la Secretaría de Salud, el ISSSTE y el IMSS, ya que éstas no tienen la capacidad para que la ayuda psicológica no sea interrumpida.

Este documento también recomienda visitas menos frecuentes a la clínica para las personas estables en terapia de medicamento antirretroviral. Del mismo modo, expresa que las personas que viven con VIH deben disponer de un amplio suministro de medicamentos. El tratamiento antirretroviral no debe tardar más de 7 días después de la confirmación del diagnóstico de infección por VIH.

Asimismo, señala que para las personas que viven con VIH, el tratamiento de antirretrovirales y el hecho de seguir una adherencia óptima asegura la supresión viral, es decir, la indetectabilidad y la recuperación inmunológica, lo que reduce el riesgo de complicaciones en caso de infección por Covid-19.

La salud emocional y mental son fundamentales, desde el momento en que la persona recibe su diagnóstico, ya que intervienen muchos factores como el género, la condición social, el acceso a cubrir las necesidades básicas, entre otros, además de empezar a acoplarse a la vida de tener VIH. Las organizaciones de la sociedad civil hacen sus aportaciones para que pueda llegar más información confiable, científica y basada en evidencia. El acompañamiento psicológico es necesario para fortalecer la autoestima de las personas que tienen VIH.

Debido a la pandemia de Covid-19 existe una doble estigmatización: ver a la persona como una transmisora en potencia y por el otro lado, verla como una víctima a la que hay que cuidar en extremo.

Según una encuesta de ONUSIDA para América Latina y el Caribe, casi 7 de cada 10 personas manifiestan que para no interrumpir su tratamiento antirretroviral necesitan contar con una forma segura y confidencial de obtener el mismo. Sólo a 3 de cada 10 personas se les ofreció una opción de telemedicina. Menos de 2 de cada 10 personas, es decir, el 17% cuenta con la entrega de antirretrovirales hasta su domicilio. **4 de cada 10 personas manifiestan requerir apoyo psicológico** para abordar la **ansiedad generada por la Covid-19**.

No se hace uso de un enfoque interseccional para la atención de las personas que viven con VIH, y para el diseño e implementación de medidas relacionadas con ellas.

II. OBSTÁCULOS PARA EL ACCESO A DERECHOS

a) Acceso a servicios de salud

- Una de las especialidades médicas que atiende el VIH, que es infectología, es la misma que atiende COVID-19; esto es un problema pues hay escasez de especialistas y las clínicas especializadas están dando prioridad a COVID-19.
- Desde que entró la administración actual ha habido una serie de problemas de desabasto de medicamentos en varias instituciones de salud.
- En un principio, los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y la Secretaría de Salud Federal informaron que se iban a adelantar los medicamentos antirretrovirales. Existe un doble discurso, ya que el Gobierno Federal y la Secretaría de Salud han dicho que la población debe quedarse en casa; sin embargo, el IMSS y el ISSSTE señalan que las personas que viven con VIH tendrán que salir por sus medicamentos.
- En el IMSS sacaron una receta resurtible, donde las personas con VIH no tienen que pasar por el médico, pero sí deben ir a la clínica o al hospital para poder recoger sus medicamentos, lo que contradice las indicaciones de la Secretaría de Salud sobre quedarse en casa.
- El ISSSTE no ha hecho caso a los problemas de desabasto en la pandemia. Según datos de VIHve Libre y del Consejo Ciudadano para el VIH e ITS de la Ciudad de México, aproximadamente el 75% de los casos que llegan a todas las redes de las organizaciones que pertenecen al Consejo son problemas relacionados con el ISSSTE.
- Desde VIHve Libre se han hecho ejercicios de medición: en el IMSS se pueden tardar desde 56 días hasta 10 meses en iniciar la terapia antirretroviral. La OMS y la OPS estipulan que este tratamiento debe empezar antes de los 7 días del diagnóstico, punto que queda totalmente violado por parte de las autoridades mexicanas.

- Existen muchos retrocesos y muy pocos avances en el caso de la prevención del VIH. La OPS y la OMS dicen que los Estados están obligados a tener un sistema de alcance de 3 meses para garantizar un suministro de protección de PrEP.
- El protocolo de investigación ImPrEP está totalmente detenido en las clínicas.
- En plena pandemia, el programa de VIH en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) no funciona. Los mecanismos institucionales de defensa de Derechos Humanos están tan debilitados que no se puede recurrir a ellos.
- Existe una falta de comunicación que hace que se ponga en grave riesgo la adherencia porque las personas con VIH se cansan de tantas trabas y pueden llegar a suspender su tratamiento por lo mismo.
- Hay instituciones que han sido omisas y negligentes hacia las personas con VIH, sobre todo en tiempos de pandemia.
- No hubo medidas preventivas para la población con VIH, no hay protocolos de atención.

b) Acceso a una vida libre de violencia

- Una encuesta de ONUSIDA señala que en América Latina, el 56% de las personas manifestaron que podrían sufrir de violencia física, psicológica o verbal debido a que viven con el VIH en medio de la pandemia de Covid-19.
- 3 de cada 10 personas se han abstenido de usar servicios en medio de la pandemia por temor a ser discriminados.
- El 40% de las personas no saben a dónde acudir o llamar en caso de sufrir algún tipo de violencia o discriminación por vivir con VIH.
- Al vivir con VIH muchas personas son violentadas al buscar acceder a servicios de salud.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda y alimentación)

- Según la encuesta de ONUSIDA, 4 de cada 10 personas manifestaron que tenían que salir de sus casas para obtener ingresos para vivir a pesar de la cuarentena.
- La falta de ingresos provocada por la falta de empleo o el deterioro de la salud lleva a la pobreza.

d) Acceso a la información

- El 31% de las personas manifiestan no haber recibido información sobre la prevención de la transmisión de la Covid-19.
- El 56% de las personas no cuenta con suficientes elementos de protección personal.
- No todas las personas que viven con VIH tienen acceso a plataformas que les permitan acceder a información oportuna y verídica.
- No todos tienen la oportunidad de acudir a centros donde puedan adquirir un boletín o folletos para obtener información, y menos en confinamiento.
- No hay información clara sobre el acceso a los tratamientos o en qué clínicas se atiende el VIH ahora.

e) Derechos Laborales

- Las personas que viven con VIH viven una constante violación a sus derechos laborales.
- Algunas personas enfatizaron que la pérdida de empleo o la falta de ingresos era una de sus principales preocupaciones.
- Personas que viven con VIH han revelado su estado serológico a sus empleadores y esto ha sido motivo de despidos injustificados.
- Sabemos que en esta pandemia ha habido cientos de despidos injustificados, lo que conlleva a la pérdida de seguridad social. Esto es muy grave para las personas que viven con VIH, pues se ven obligados a suspender su tratamiento si no cuentan con este servicio de salud.

III. PROPUESTAS PARA EL ACCESO A DERECHOS

a) Acceso a servicios de salud

- Cambio para las personas con VIH a servicios de salud sin desabasto, más amigables, con más infraestructura y que pongan en el centro la dignidad de las personas con VIH.
- Hay que asegurar que existan recursos aun después de la epidemia de Covid-19, para poder seguir llevando a cabo estrategias de prevención, de detección y en contra del estigma y la discriminación.
- Se debe cuidar al personal de salud para que todos reciban la atención correcta.
- Que las personas puedan tener la seguridad de que van a ser atendidas de manera integral y que puedan tener acceso a sus tratamientos antirretrovirales.
- Elaboración de protocolos para garantizar el acceso a servicios de salud sin estigmatización y con información adecuada.
- Cobertura universal de salud

b) Acceso a una vida libre de violencia

- Involucrar a las comunidades afectadas desde el inicio para generar confianza, y garantizar acciones adecuadas y eficientes para evitar daños indirectos o no intencionados.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda y alimentación)

- Se deben hacer programas sociales que den respuesta al vacío que hay respecto al empleo y la vivienda relacionados con las personas con VIH.

d) Acceso a la información

- El acompañamiento es muy importante, así como que las personas se vuelvan transmisoras de los mensajes a través de sus propios recursos.

- Acompañar, capacitar, informar y educar de manera sistemática y constante a las poblaciones para lograr su acceso a los derechos.
- Traspasar las barreras personales para llevar a cabo acciones.
- Que una vez acabado el confinamiento, haya información clara y relevante de cómo se van a obtener las citas, cómo van a funcionar las clínicas, las farmacias, etcétera.
- Que se apoye de manera suficiente a la persona que vive con VIH para que se empodere y se sienta capaz de tomar decisiones con la información que tiene.
- Los procesos de educación entre pares de los sistemas comunitarios son de suma importancia, ya que las personas se sienten más motivadas con este tipo de educación donde se comparten vivencias personales.
- Que se tenga una comunicación más digerible.
- Crear comunidad para dar apoyo y soporte a las personas que viven con VIH.
- Se requieren programas centrados en el empoderamiento y la participación de la comunidad de personas que viven con VIH. Necesitamos fomentar estos espacios.
- Se tiene que tocar el tema de la prevención del VIH y de las infecciones de transmisión sexual.
- Generar mecanismos para que las organizaciones de la sociedad civil, los centros comunitarios e incluso las clínicas especializadas puedan disponer de los recursos para la prevención, la canalización, la atención y para el acompañamiento.

e) Derechos laborales

- Que las personas tengan una oferta de seguridad social donde puedan tener un seguro de gastos médicos o seguro de gastos médicos mayores a un precio accesible.





**MUJERES EN LA CIUDAD
DE MÉXICO**

“(...) Vivimos en un sistema con reglas hechas por hombres, pensadas para hombres y diseñadas para hombres, las leyes (...) un sistema que ve el mundo con lentes de hombre que nunca se ha sentado a ver al otro lado de la ecuación y las mujeres tenemos que abrir la boca, hablar, decir ¡hey! Aquí estamos, esto es lo que queremos, esta es nuestra agenda, estas son nuestras necesidades y tenemos que lograr que eso se refleje en las leyes y en el desarrollo de políticas y en el desarrollo de tecnologías”.

Claudia Calvín.

I. CONTEXTO DE LA POBLACIÓN: MUJERES³⁶

Las **mujeres** en México representan el **51.1% de la población total**, de acuerdo con cifras publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), pero siguen siendo tomadas como un grupo minoritario en el acceso a derechos.

Según cifras de la “Cuenta Satélite del Trabajo No Remunerado de los Hogares” 2017, elaborada por el INEGI, el valor económico del **trabajo no remunerado en labores domésticas y de cuidados** registró un nivel equivalente a **5.5 billones de pesos**, equivalente al 23.5 % del producto interno bruto (PIB). Además, exhibió que el **75%** de este trabajo no remunerado es **realizado por mujeres**.

Conjuntamente, estos datos indican que la participación porcentual de las **mujeres en las labores domésticas** y de cuidados respecto del PIB es del 17.7%, mientras que la de los **hombres** es del **5.8%**.

Los trabajos de cuidados son actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de todas las personas, pues todas y cada una los requieren, desde el autocuidado hasta aquellos que necesitan otras personas que no son independientes por diversas razones.

El confinamiento ha aumentado las horas de trabajo de las mujeres en las casas: el cuidado y las labores domésticas recaen principalmente en ellas, aunque sus parejas masculinas estén en el hogar también. La carga de trabajo de la llamada doble jornada asciende a 39 horas semanales, que han aumentado durante la pandemia³⁷.

Siguiendo las cifras del estudio publicado por *McKinsey & Company* en 2018 “Una ambición. Dos realidades. *MX Women Matter*³⁸”, una **mujer** dedica casi **7 horas al día al trabajo no remunerado**, mientras que el **hombre** dedica **2.5 aproximadamente**, es decir, las mujeres dedican el triple del tiempo al trabajo no remunerado que los hombres. De acuerdo con datos recientes, el 21.9% de las mujeres realizan trabajo informal frente al 10% de los hombres.

También, la actualización al 19 de mayo de 2020 de la Encuesta de Seguimiento de los Efectos del covid-19 en el Bienestar de los Hogares Mexicanos³⁸ (ENcovid-19), realizada por el Instituto de Investigaciones para el Desarrollo con Equidad (EQUIDE) de la Universidad Iberoamericana, A.C., muestra que la tasa de desocupación total de las mujeres en México es de 17.2%, en el sector formal es de 10% y en el informal del 21.9%. En tanto la

³⁶ Durante la sesión participaron Rebeca Ramos, Presidenta del Grupo de Información en Reproducción Elegida GIRE y Claudia Calvín, Fundadora de Mujeres Construyendo.

³⁷ Ver este estudio de ONU Mujeres: <https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020-nuevo/marzo-2020/covid19-corresponsabilidad-en-los-hogares>

³⁸ Consultable aquí: <https://womenmattermx.com/>

tasa de desocupación de los hombres es de 12.9%, en el sector formal es de 10.5% y en el sector informal fue de 15.2%.

Durante el embarazo, la participación en el mercado laboral de las mujeres comienza a descender y a un año del parto, las mujeres están a 43 puntos porcentuales menos en sus posibilidades de reportar un pago positivo de horas trabajadas, mientras que los hombres también bajan, pero sólo 4 puntos.⁴⁰

Existen impactos significativos en la carga de trabajo no remunerado asociado al **nacimiento de un hijo o hija**, pues hay un incremento en **20 horas de trabajo no pagado para las mujeres**, mientras que en los **hombres es de 5**. Es claro entonces que el nacimiento de un hijo o hija abre la brecha de género.

Por otro lado, la violencia de género le cuesta a Latinoamérica entre el 2 y el 4% de su PIB. Ahí se concentran 16 de los 25 peores países del mundo para ser mujer. México ocupa uno de los 3 primeros lugares durante todos los años.

Los graves impactos en la violencia contra las mujeres debido al confinamiento es un problema de extrema gravedad que afecta las niñas, niños y mujeres de este país y debe reconocerse, pero la conversación que se publica en este informe se enfocó en otros fundamentales y diversos impactos.

La revista Forbes⁴¹ publicó los resultados del estudio realizado por Promundo y Unilever que señalan que **el machismo le cuesta 1400 millones de dólares a México**, el cual se mide a través de los gastos realizados por los servicios de salud. En la actualidad un claro ejemplo es el mayor número de decesos por covid-19 de hombres, lo que según expertos y expertas en masculinidades puede deberse a la cultura masculina que define a los hombres como fuertes y únicos proveedores de la familia sin necesidad de autocuidarse.

Sin embargo, el gran número de personas que están realizando los trabajos de cuidados de las personas enfermas por covid-19 en los hospitales son mujeres, ya sean médicas o enfermeras o personal de limpieza. Aunado a esto, cuando estos hombres salen del hospital y llegan a sus casas, son las mujeres quienes cuidan de ellos.

³⁹ Aquí puede consultarse: https://ibero.mx/sites/default/files/comunicado_encovid-19_completo.pdf

⁴⁰ Información de la investigación de Aguilar-Gomez, Sandra and Arceo-Gomez, Eva and De la Cruz Toledo, Elia, Inside the Black Box of Child Penalties (December 2, 2019). Disponible en: SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3497089>

⁴¹ Se puede consultar aquí: https://promundoglobal.org/wp-content/uploads/2017/03/PRO17003_report_ES_007.pdf

Este estudio evidencia que la forma de socializar y educar a los hombres y niños es destructiva, y causa daño directo a las mujeres y niñas. La red nacional de refugios ha señalado que durante el primer mes de confinamiento ha recibido mayor número de llamadas y mensajes de solicitudes de orientación y auxilio de mujeres víctimas de violencia. Simultáneamente, en abril de este año México rompió un récord de feminicidios que no se tenía desde el 2015; fueron asesinadas mil 295 mujeres: 308 feminicidios y 987 homicidios dolosos que no se han calificado como feminicidio. Además, esta situación fortalece una cultura del miedo, donde lo que debería ser un espacio de tranquilidad para muchas mujeres es un espacio de violencia.

Durante la pandemia se están combinando muchos factores que violentan la realidad de las mujeres, entre ellos el componente digital, pues de un momento a otro la sociedad se transformó en digital; sin embargo, muchas mujeres no tienen acceso a esta tecnología y si acaso lo tienen, no cuentan con las habilidades para aprovecharla, así como vincularse y acercarse a recursos que les puedan salvar la vida en caso de violencia o que les permitan seguir trabajando. Un ejemplo claro de esto son las cifras presentadas por la Comisión de la Banda Ancha para el Desarrollo Digital, que explican que **300 millones de mujeres en el mundo no tienen acceso a internet móvil**, además de que las mujeres jóvenes tienen 1.5% menos posibilidades de tener internet que los hombres jóvenes.

Así, el derecho a la información y el derecho a internet hoy más que nunca se vuelven necesarios, pues internet ha dejado de ser un lujo para convertirse en un bien público.

Por otro lado, un avance importante en los derechos reproductivos de las mujeres durante la pandemia es la publicación del Lineamiento de Reconversión Hospitalaria por la Secretaría de Salud federal. Este documento es una clara declaración del Estado al manifestar que los servicios de salud reproductiva son derechos esenciales, pues indica que los hospitales exclusivos para especialidad obstétrica no serán reconvertidos a hospitales covid-19, mientras que aquellos que tienen esta especialidad pero que no es la única, serán reconvertidos para atender personas con covid-19, pero también a las mujeres embarazadas que lo hayan contraído, evitando así su propagación.

II. OBSTÁCULOS PARA EL ACCESO A DERECHOS

El acceso universal a los derechos humanos no es una realidad para todas las personas, aun estando en la legislación nacional y local.

a) Acceso a servicios de salud

- Aun cuando en abril de 2020 la Secretaría de Salud federal reconoció que los servicios de salud reproductiva, incluido el aborto seguro, son servicios de salud esenciales, y estableció centros de salud específicos para ello, la saturación de estos por la emergencia sanitaria, así como la situación jurídica y demográfica del país, han provocado que haya desigualdad en el acceso a derechos reproductivos. Un claro ejemplo es el aborto, pues sólo en Oaxaca y en la Ciudad de México existe la interrupción legal del embarazo, mientras que en el resto del país el aborto es un delito y aunque hay causales, existen diversos obstáculos para el ejercicio pleno de los derechos reproductivos de las mujeres.
- En este momento de la pandemia, por la alta demanda que hay de los servicios de salud, no hay una claridad para las mujeres sobre a qué instituciones de salud deben acudir para atender su salud reproductiva.
- Asimismo, las mujeres, sobre todo embarazadas, tienen miedo de acercarse a los servicios de salud reproductiva por el riesgo de contagio.
- Las labores domésticas y el trabajo de cuidados, al ser no remunerados y feminizados, amortiguan la crisis por covid-19 a costa de la salud física, emocional y mental de las mujeres.
- No hay aún en México un sistema de cuidados que amortigüe la carga en las mujeres.
- El acceso al derecho a la seguridad social está directamente relacionado con el trabajo formal, por lo que éste no es un derecho universal. La mayoría de las mujeres que forman parte de la población económicamente activa lo hacen como trabajadoras informales.

- Con la pandemia, los riesgos en la salud mental han aumentado por el aislamiento, miedo al contagio y fallecimientos, además de que no está cubierta universalmente por el Estado.
- El teletrabajo se ha convertido en una fuente de estrés para las mujeres.
- El machismo incide en la salud de los hombres; hay más hombres fallecidos por covid-19 que mujeres.

b) Acceso a una vida libre de violencia

- Los índices de violencia contra las mujeres dentro de sus hogares han aumentado debido a la política precautoria de quedarse en casa para evitar contagios.
- La discriminación interseccional, es decir, cuando se entrecruza la pertenencia a más de un grupo de atención prioritaria, se ha agudizado por la pandemia.
- Durante la pandemia, los embarazos no deseados producto de violaciones sexuales han aumentado, por lo que la demanda de abortos por esta causal también; sin embargo, las organizaciones de la sociedad civil no están seguras de que los servicios de salud puedan cubrir esta demanda. A su vez, mencionan que la mayor parte de los casos por violaciones que han acompañado se han dado al interior de la familia.
- Las visitas en medio de la pandemia a sitios de pornografía, principalmente infantil, han incrementado.
- La ciberviolencia y el ciberacoso han aumentado debido a la mayor presencia digital de las niñas y mujeres; no hay una regulación eficaz para su eliminación.
- El internet es utilizado como herramienta por el crimen organizado para el tráfico de niñas, niños y mujeres.
- Afirmar que la familia es la mejor institución de seguridad social y de cuidados es una forma de evadir varias de las obligaciones del Estado, y es un muy claro ejemplo del machismo y la violencia institucional que permite que las y los más débiles sigan siendo

víctimas en ambientes familiares, además de herir a las personas que están viviendo estas violencias todos los días en sus hogares.

- La ausencia de políticas de corresponsabilidad familiar y doméstica inciden en la existencia de la violencia contra las mujeres.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda, alimentación, educación y trabajo)

- Antes y durante la pandemia ha existido una falta de reconocimiento de las labores domésticas y de cuidado, además de una mala distribución de éstas, pues son las mujeres, las niñas y las adolescentes las que han llevado la carga mayormente, y ha aumentado exponencialmente durante la pandemia.

- Esta distribución inequitativa de las labores del hogar y de cuidados es reforzada por las leyes del Estado, cuya perspectiva es androcéntrica, por ejemplo: el artículo 201 de la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que explícitamente sólo proporciona el servicio de guarderías a la mujer trabajadora, al trabajador viudo o divorciado o aquel al que judicialmente se le haya confiado la custodia de las hijas o hijos. Entonces, los hombres casados o en concubinato no pueden cuidar de sus hijos o hijas si no existe una orden de alguna o algún juez.

- Aunado a esto, las especificaciones legales de las licencias de paternidad y maternidad, así como las políticas de las empresas, promueven la exclusión de las mujeres del mercado laboral, es decir, hay una penalización por maternidad para acceder al trabajo o a ingresos.

- Las mujeres, en este momento, están fungiendo como las maestras de sus hijos o hijas, aumentando la carga de labores de cuidado, que ya de por sí hacían.

- El Estado no está dando los suficientes espacios y servicios de cuidado que permitan un mayor balance entre la vida personal y la vida laboral de las mujeres.

- Durante la pandemia, el cierre de las estancias infantiles y de las escuelas ha provocado que las tareas de cuidado de las niñas y niños sean realizadas por las madres, hermanas o incluso las abuelas.

- A nivel global, una gran cantidad de niñas se están quedando sin educación, pues durante el confinamiento deben apoyar a sus madres en las labores domésticas y de cuidados. Además, muchas mujeres adolescentes, niñas y niños de zonas rurales o marginadas no cuentan con una computadora, un teléfono móvil ni internet en su casa, por lo que no pueden seguir su educación; estas situaciones ensancharán la brecha educativa de por sí existente.
- Los estereotipos de género se siguen reproduciendo en los hogares, lo que provoca que los pocos recursos tecnológicos existentes se les brinden a los hijos y no a las hijas, ampliando la brecha digital de género.
- La parte medular de la brecha digital de género no es el componente tecnológico, sino el educativo, es decir, el acceso a la educación y la visión de quienes toman decisiones en el ámbito de las políticas públicas y de las empresas.
- Los factores que inclinan a las mujeres a no trabajar, o considerar o no una oferta de trabajo, están directamente relacionados con poder cumplir con las labores de trabajo doméstico y de cuidado, que se les han impuesto solamente a ellas y que realizan sin remuneración alguna. Muchas de ellas eligen trabajos mal remunerados para cumplir con estas labores.

d) Acceso a la información y al internet

- La brecha digital se ha agudizado con la pandemia.
- La información sobre la ruta a seguir para acceder a servicios de salud reproductiva durante la pandemia no se está difundiendo correctamente, ya que hay un desconocimiento por parte de las mujeres y al parecer por parte del personal médico, pues desde las organizaciones civiles han tenido que dar acompañamiento legal a mujeres a punto de parir para que se les garantice la atención obstétrica.
- La falta de acceso a la información que tienen las mujeres es producto de la brecha digital de género que existe en nuestro país.
- No tener acceso a las herramientas digitales, como internet,

margina su acceso a la salud, a la seguridad y al trabajo. Un ejemplo claro son las mujeres migrantes, mayores, con discapacidad y confinadas en su hogar víctimas de violencia.

- A pesar de que América Latina es una de las regiones con mayor crecimiento de telefonía móvil, no se está reflejando en desarrollo ni acceso de las niñas a la tecnología.
- El analfabetismo digital hoy no sólo es una desventaja, sino una realidad que pone en riesgo la vida de las personas y de las mujeres, en particular, que viven en una situación de marginación y vulnerabilidad nata.
- No hay datos con perspectiva de género. ¿Quiénes son las mujeres que se enferman y fallecen por covid-19?

III. PROPUESTAS PARA EL ACCESO A DERECHOS

La pandemia por covid-19 puso en la mesa las problemáticas que organizaciones de la sociedad civil habían estado denunciando y tratando de poner sobre la agenda pública, lo que representa una oportunidad para que el Estado y las organizaciones civiles generen una agenda de trabajo a mediano y largo plazo.

Sumado a ésta, es necesario impulsar acciones concretas desde el sector público, el sector privado, la sociedad civil y los medios de comunicación con un enfoque interseccional, para que esta situación de vulnerabilidad en la que se encuentran los grupos de atención prioritaria se modifique, y se logre el acceso igualitario a los derechos de todas las personas.

La sociedad y el Estado deben replantear la vuelta a la cotidianidad, con el objetivo de no regresar a las situaciones de desigualdad que han prevalecido históricamente y que vulneran los derechos humanos de las mujeres.

La construcción de las políticas públicas debe ser contextualizada y trabajada con la participación de los grupos de atención prioritaria a quienes se quiera beneficiar.

a) Acceso a servicios de salud

- El Estado debe de garantizar que las mujeres puedan tener acceso a la anticoncepción y al aborto mediante medicamentos durante la pandemia, y después de ésta con consejería y acompañamiento virtual.
- Universalizar los derechos reproductivos de las mujeres, como la interrupción del embarazo y el acceso a servicios de salud reproductiva a nivel nacional y no sólo que se garanticen en ciertos estados.
- Acceso a servicios de salud obstétrica sin riesgo por covid-19.
- Acceso a servicios de salud emocional y mental a distancia; estrategias para apoyar en el autocuidado.

b) Acceso a una vida libre de violencia (seguridad)

- Revisión del marco normativo del país para que la visión androcéntrica, machista, discriminatoria y paternalista sea eliminada, y que la participación de las mujeres en la construcción de nuevas normas sea garantizada.
- Es preciso replantear la forma de ser hombres, trabajar en la erradicación del machismo en todas sus facetas, del machismo institucional, cotidiano y del que sigue pensando que el lugar de las mujeres es en la casa y que sigue promoviendo la construcción de masculinidades que matan.
- Garantizar que internet sea un espacio de resiliencia y de conexión, seguro para todas las personas y para las mujeres; una internet feminista e incluyente.
- Servicios de auxilio en caso de violencia contra las mujeres. Acceso a la justicia y medidas de seguridad en casos urgentes.
- Generar políticas que permitan que internet sea un espacio seguro para las niñas, niños y mujeres.

c) Acceso a bienes básicos (vivienda, alimentación, educación y trabajo)

- La estrategia para regresar a las actividades después de la

pandemia por covid-19 debe de garantizar la autonomía de las mujeres.

- La pandemia debe ser una oportunidad para la sociedad, el Estado, las empresas y organizaciones de la sociedad civil para construir un modelo más justo y mucho más equitativo en términos de las responsabilidades al interior de los hogares.
- Es necesario diseñar e implementar políticas para que las mujeres que no tienen el privilegio de quedarse en casa por la naturaleza de sus actividades, y que viven una situación de precariedad o que han sido despedidas o han visto reducido sus ingresos, puedan tener garantizados los bienes suficientes para vivir.
- Impulsar la creación de un sistema nacional de cuidados. En la Ciudad de México está pendiente también este tema. Es fundamental para que las mujeres puedan incluirse en la fuerza de trabajo.
- Los temas de género, y específicamente de mujeres, no son sólo temas de mujeres, son temas de desarrollo, de inclusión y de desarrollo de las sociedades, por lo que hay que empezar a cambiar esa visión.
- El teletrabajo no debe implicar llevarse las dinámicas y lógicas del trabajo analógico a la casa, usando la tecnología, porque pensar a distancia implica también orientarse al resultado; involucra establecer reglas claras, dialogar sobre los resultados esperados y dejar de lado la necesidad de controlar a las personas, pues no es de esperarse que estén en casa trabajando las 24 horas y en el caso específico de las mujeres, además de esto, también cumplir con la cuádruple carga que ya mantienen dentro de la casa.
- Es necesario cambiar la lógica a partir de la que se establecen relaciones de trabajo, teletrabajo y trabajo a distancia, y pensar los procesos de diferente forma, por lo que las mujeres deben participar en la construcción de estos nuevos procesos, en la forma como debería ser el trato hacia ellas y en los resultados que esperan obtener.

- Las políticas del trabajo deben mirar la eficiencia y eficacia, pero también el bienestar de las personas trabajadoras.
- Avanzar en el establecimiento del acceso al mínimo vital.
- Establecer apoyos económicos a las mujeres, sobre todo a quienes son jefas de familia y madres independientes.

d) Acceso a la información y al internet

- La infraestructura, la tecnología e internet deben adaptarse para todas las personas que forman parte de las diversas interseccionalidades. Las herramientas digitales deben estar pensadas para los diversos grupos poblacionales.
- No basta con decir que las mujeres son el 50% de usuarias de internet: hay que ir al fondo. El hecho de que una mujer tenga acceso a un celular no implica que esté usando esa herramienta de manera estratégica para su desarrollo, para su beneficio y, por ende, para el desarrollo de la sociedad.
- Es vital generar datos desagregados en todos los sectores de la sociedad, instituciones públicas, empresas, organizaciones de la sociedad civil, medios de comunicación.
- Las mujeres deben participar en el diseño de procesos de tecnología, por lo que se debe garantizar su acceso a ésta mediante programas, como lo han hecho organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil. El Estado pospandemia debe promover paquetes que impliquen apoyo económico, incentivos educativos, apoyo en acceso a la tecnología, conectividad y educación digital con perspectiva de género, incluyente y que considere las distintas variables. También que tome en cuenta todas las desigualdades interseccionales para que dejen de serlo y para que, en efecto, la tecnología en internet pueda ser homologada y constructora de beneficios de igualdad y de desarrollo. Que no sea una herramienta que agudice desigualdades como actualmente está sucediendo.
- Así, el sector privado y las empresas deben desarrollar estrategias para incrementar el acceso a internet de las comunidades y los grupos que están digitalmente excluidos o que tienen una conectividad limitada. Algunas acciones a corto plazo pueden

ser reducir el costo de la transmisión de datos, habilitar espacios de wifi libre, subsidiar o disminuir el costo de los dispositivos de acceso.

- En medio de la pandemia debe fluir la información para que las mujeres sepan qué derechos tienen, a dónde pueden acudir para ser atendidas en caso de un embarazo, de un parto, si requieren un aborto, que sepan a qué institución de salud pueden acudir y que estén seguras de que ahí no van a tener un riesgo de contagio.
- Ejercer el derecho a la información para tener datos reales y desagregados de lo que se está viviendo durante la pandemia.
- En cuanto a la transparencia de los datos, es de importancia incidir, presionar y exigir que existan presupuestos con perspectiva de género y rendición de cuentas con perspectiva de género, y tener la certeza de que dicho presupuesto se está usando de forma correcta y en los rubros indicados, además de conocer los resultados de su uso.
- La generación de contenidos relevantes para los grupos y las personas que viven en interseccionalidades que les segregan. En la medida en que no existan grupos diversos para la toma de decisiones y para la generación de contenidos, no va haber contenido relevante específico y adecuado para las personas que necesitan acceder a esta información desde sus muy particulares trincheras. Es ineludible que los contenidos hoy reflejen la diversidad y la interseccionalidad.

e) Acceso al descanso y al tiempo libre

- Es necesario recurrir al derecho comparado para mirar experiencias en otros países, en donde se ha logrado conciliar la vida personal y la vida laboral de las mujeres, al igual que la corresponsabilidad de las labores domésticas y de cuidado, con el objetivo de que las mujeres puedan descansar y tener tiempo libre para realizar actividades que las nutran emocional, física y mentalmente.
- El autocuidado es necesario para que las mujeres tomen conciencia de las cargas laborales que mantienen y que están haciendo mella en su salud física y mental, que a largo plazo será un costo para el sistema en conjunto.

CONCLUSIONES

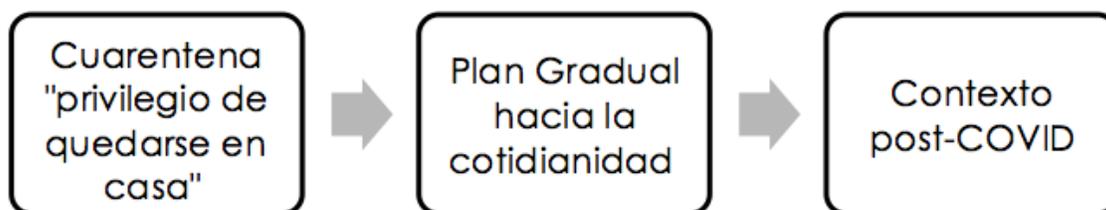
Se ha llamado “nueva normalidad” al regreso a la vida cotidiana después de la Jornada Nacional de Sana Distancia y la reapertura de espacios de trabajo, de convivencia y esparcimiento, de escuelas y otras instituciones educativas; quizá la gran pregunta es si realmente deseamos volver a “la normalidad”.

¿Qué es “la normalidad”?

¿La “normalidad” es una sociedad en donde el 20.2% de la población mayor de edad ha sido discriminada?⁴² Donde pertenecer a algún grupo de atención prioritaria implica obstaculización en el ejercicio de los derechos. Donde las personas con discapacidad no pueden acceder a la educación en igualdad de circunstancias. Donde no se le renta a una persona con VIH o una extranjera.

¿Es una sociedad donde son asesinadas 10 mujeres cada día? ¿O donde 7 personas de la diversidad sexual y de género cada mes son víctimas de homicidio?⁴³

Es momento de repensar y replantear las ciudades, el vínculo social. Pensar cómo vamos a dar soluciones públicas a los problemas públicos. Soluciones desde una perspectiva de derechos humanos, de género, de accesibilidad, de diseño universal, desde el interés superior de los niños y las niñas, de interseccionalidad.



⁴² Ver la Encuesta Nacional Sobre Discriminación 2017: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadis/2017/doc/enadis2017_resultados.pdf

⁴³ Ver el Informe de Letra S: <http://www.letraese.org.mx/wp-content/uploads/2019/05/Informe-cr%C3%ADmenes-2018-v2.pdf>

Algunos temas que consideramos fundamentales y transversales, en los cuatro rubros que se trabajaron en este informe:

1. Acceso a servicios de salud

- La urgencia de que exista el acceso universal a un sistema de salud
- La necesidad de hablar de la salud emocional y mental. Los NNAs son de las poblaciones más vulnerables por su alto grado de dependencia.
- Debemos mirar por su salud no sólo física, sino emocional y mental.
- Diseñar programas enfocados a garantizarles una vida libre de violencia.
- La salud mental debe ser prioridad para su atención desde un enfoque de igualdad y no discriminación.
- Brindar atención médica de forma virtual.
- Continuar con tratamientos médicos para personas con discapacidad, personas mayores y otras personas con enfermedades o condiciones de salud que lo requieran.
- Promover acciones que favorezcan el autocuidado de las personas defensoras de derechos humanos.
- Atención clara y expedita a personas con VIH y personas trans.

2. Acceso a una vida libre de violencia (seguridad)

- Brindar asesoramiento a personas que viven violencia y reubicarlas en espacios seguros.
- La generación de espacios de albergue para jóvenes víctimas de violencias familiares, en especial LGBT.
- Estrategias específicas para NNAs.

- Garantizar siempre el acceso a la justicia: dividir la impartición de justicia en asuntos esenciales y no esenciales no mira la integralidad e interdependencia en el ejercicio de derechos.
- Romper las barreras que impiden conocer la situación de personas en instituciones públicas y en situación de reclusión y transparentar las medidas adoptadas.

3. Acceso a bienes básicos (vivienda y alimentación)

- Garantizar asistencia directa a las personas para el acceso a la alimentación y vivienda a través de la provisión de productos de higiene y alimenticios de forma directa o apoyos económicos.
- Promover créditos y programas de vivienda digna dirigidos a la población más vulnerable reconociendo la heterogeneidad de la población.
- Lograr acuerdos con asociaciones hoteleras para no dejar sin techo a personas que ahí residen.
- Programas sociales que atiendan el desempleo.
- Avance con la iniciativa del ingreso mínimo vital.
- La movilidad en la Ciudad de México y zona metropolitana y su relación con el trabajo y la educación.
- La urgencia de crear un sistema de cuidados en la Ciudad de México que sea incluyente.
- La necesidad en el ámbito laboral de generar políticas de corresponsabilidad parental/familiar en labores de cuidado y del hogar.

4. Acceso a la información

- Garantizar información relevante, oportuna y pertinente con perspectiva interseccional en medio masivos.
- Establecer una línea telefónica de atención para asesorar y orientar a las personas en relación con los recursos y servicios.

- Llevar la información directamente a las colonias y barrios.
- La disminución de las brechas digitales (pensar sobre el privilegio del internet, las herramientas y las habilidades para usarlas).

Lecciones aprendidas:

- La brecha de desigualdad agrava las crisis.
- Es necesario pensar en medidas de apoyo de “segunda velocidad” antes de la crisis para accionar a tiempo.
- Algunas acciones llegaron tarde o no han llegado.
- Las acciones ante covid-19 no son neutrales; deben mirarse desde una perspectiva de igualdad (impactos diferenciados, discriminación indirecta).
- Por la urgencia e inmediatez, no hubo consulta a los grupos de atención prioritaria y las OSCs.
- La discriminación, violencia, odio y falta de enfoque interseccional lleva a la ausencia de garantía de los derechos a estas poblaciones.

Oportunidades:

La visibilización de la desigualdad nos obliga a la reconstrucción social con perspectiva de inclusión.

Esa perspectiva no debe pasar por alto la perspectiva interseccional. Los seres humanos no somos unidimensionales.

Quizá es tiempo de pensar en un **Pacto-Post covid-19** que vincule gobierno, iniciativa privada, sociedad civil y academia con los grupos de atención prioritaria, para implementar estas y otras medidas que tiendan a cerrar las profundas desigualdades existentes y que obligue a no dejar pasar esta oportunidad de eliminar la discriminación en esta Ciudad de México. Que la Ciudad de México sea una Ciudad de Derechos.

DIRECTORIO DE LAS OSC

I. Atención a Poblaciones Callejeras

El Caracol, A.C.

Domicilio: Rafael Heliodoro Valle 337, Lorenzo Boturini, Venustiano Carranza, 15820 Ciudad de México
Teléfono: 57681204
Correo electrónico: desarrollo.elcaracol@gmail.com
Facebook: @elcaracolac

Para donaciones en efectivo, se brindan los siguientes datos:
Centro transitorio de capacitación y educación recreativa, El Caracol, A.C.
Para depósito en sucursal
BBVA Bancomer
00446817394
Para transferencias bancarias
BBVA-Bancomer

II. Atención a personas LGBTI+

Clínica Condesa, Área de Atención a Población Trans

5563 6789
citcondesa@gmail.com
Para el seguimiento al tratamiento de reemplazo hormonal se requiere nombre completo, número de expediente y teléfono de contacto.

Litigio Estratégico en Derechos Sexuales y Reproductivos, A.C.

TW: @LEDESER_AC @RedLGBTI_COVID
FB: @LEDESER @RedLGBTICovidCDMX
www.ledeser.org

Unidad de Atención a la Diversidad Sexual (UNADIS)

Línea de atención 554611 8811

Transmasculinidades MX

FB: Transmasculinidades MX
transmasculinidadesmx@gmail.com

YAAJ México, A.C.

TW: @YaajMexico
FB: YAAJ México
yaajmexico@gmail.com
www.yaajmexico.org

III. Atención a Personas con Discapacidad

Libre acceso, A.C.

Página web: <https://www.libreacceso.org/>
Correo electrónico: libreacceso@libreacceso.org
Teléfono: 55-55-85-08-19

En primera persona, A.C.

Página web: <http://www.enprimerapersona.mx/>

Correo electrónico: enprimerapersonamx@gmail.com

Teléfono: 55-36-37-68-06

IV. Atención a Personas Mayores

Comité de Derechos Humanos Ajusco

TW: @ComiteDHAjusco

FB: @ComitedeDerechosHumanosAjusco

INSTAGRAM: comitedh

YOUTUBE: <https://www.youtube.com/channel/UChieWI30aJmRShcFH9vVV3g>

V. Atención a Personas Privadas de su Libertad

Almas Cautivas A.C.

TW: @Almas Cautivas @Avera21

FB: Almas Cautivas A.C.

almas.cautivas.ac@gmail.com

www.almascautivas.org

Tel.: 551854 3546 y 556109 5247

EQUIS Justicia para las Mujeres

TW: @EquisJusticia @AnaPecova

FB: Equis: Justicia para las Mujeres

apecova@equis.org.mx

equis@equis.org.mx

www.equis.org.mx

Tel: 5264 8217 y 52641470

VI. Personas Migrantes

Sin fronteras, I.A.P.

TW: @Sinfronteras_1

FB: @sinfronterasIAP

INS: @sinfronterasiap

Teléfonos: 55 76 88 87 84

sinfronteras@sinfronteras.org.mx

<https://sinfronteras.org.mx/>

Asmovilidad, A.C.

TW: @asmovilidad

FB: @asmovilidadmx

Teléfono: 55 40 50 23 37

asmovilidad@gmail.com

<http://www.asmovilidad.org/>

VII. Niñas, niños y adolescentes (NNA)

La Jugarreta, Espacios de Participación, A.C.

TW: @LaJugarreta1

FB: La Jugarreta Espacios de Participación

Teléfonos: 739 395 2551

info@lajugarreta.org.mx

<http://www.lajugarreta.org.mx>

Red por los Derechos de la Infancia en México

TW: @derechoinfancia
FB: @derechoinfancia
Teléfonos: 5556016278
comunicacion@derechosinfancia.org.mx
<http://www.derechosinfancia.org.mx/>

VIII. Personas Afrodescendientes/Afromexicanas y Personas Indígenas

Gilberta Mendoza

yollotzingil@gmail.com
mujerbonita.gil@hotmail.com

Huella Negra A.C.

TW: @Huroarellanes2
IG: @arellaneshugo
FB: @ProyectoHuellaNegra

Tatiana Alfonso

TW: @TatianaAlfonso
tatiana.alfonso@itam.mx

IX. Personas Trabajadoras del Hogar

Hogar Justo Hogar

<https://hogarjustohogar.org/>
55 33427351
marcelazuella@gmail.com
FB: <https://www.facebook.com/Hogar-Justo-Hogar-786094411429584/?fref=ts>

Centro de Apoyo y Capacitación para Empleadas del Hogar (CACEH).

<https://caceh.org.mx/>
55 1066 2703
FB: <https://www.facebook.com/CACEHmx/>
TW: @CACEHmx

Sindicato Nacional de Trabajadores y Trabajadoras del Hogar (SINACTRAHO)

Calle Serapio Rendón N° 71 Int 2do Piso Colonia, San Rafael, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P 06740 Ciudad de México.
55 91319097.
sinactraho18@gmail.com
FB: <https://www.facebook.com/sinactraho/>
TW: @SINACTRAHO

Procuraduría de la Defensa del Trabajo

procuraduriatrabajocdmx@gmail.com
<https://www.trabajo.cdmx.gob.mx/procuraduria-de-la-defensa-del-trabajo-de-la-cdmx>

X. Atención a Personas que viven con VIH

Karuna Salud y Desarrollo, A.C.

TW: @KarunaSaludmx
FB: <https://www.facebook.com/karunasaludydesarrollo>

Teléfonos: 55833459
karunasaludydesarrollo@yahoo.com.mx
INSTAGRAM: Instagram.com/karunasyd

Grupo #VIHveLibre

TW: @VIHveLibre
FB: Facebook.com/VIHveLibre/
Teléfonos: 55 3141 5062

XI. Atención a Mujeres

Grupo de Información en Reproducción Elegida GIRE

TW: @GIRE_mx
FB: @GrupodeInformacionenReproduccionElegida
Teléfono: 55 5658 6684
correo@giremx.org.mx
<http://www.gire.org.mx>

Mujeres Construyendo

TW: @MConstruyendo
FB: @MujeresConstruyendo
info@mujeresconstruyendo.com
<http://www.mujeresconstruyendo.com/>

MATERIALES RECOMENDADOS

LGBTTI+

Organización de Estados Americanos (2020). Guía Práctica de Respuestas Inclusivas y con Enfoques de Derechos ante el covid-19. Recuperado de: http://www.oas.org/es/sadye/publicaciones/GUIA_SPA.pdf

Secretaría de Salud. Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual y Guía de Atención Específicas. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234684/210617Protocolo_Comunidad_LGBTTI_DT_Versi_n_III_17_3.pdf

PERSONAS MAYORES

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD

Comisión Nacional de Derechos Humanos (2019). Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2019. México. Recuperado de: https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/sistemas/DNSP/DNSP_2019.pdf

EQUIS Justicia para las Mujeres. (2017) Políticas de drogas, género y encarcelamiento en México: una guía para políticas públicas incluyentes. México. Recuperado de: https://equis.org.mx/wp-content/uploads/2018/02/Gui%CC%81a_Drogas.pdf

EQUIS Justicia para las Mujeres. (2020) ¿Derechos aplazables? El Poder Judicial frente a la población penitenciaria durante la pandemia por covid-19. México. Recuperado de: https://equis.org.mx/wp-content/uploads/2020/05/Informe_DerechosAplazables.pdf

PERSONAS MIGRANTES

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Seminarios virtuales de la (Webinars CIDH). Recuperado de: http://www.oas.org/es/cidh/SACROI_COVID19/webinars.asp

Consejo Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Cuentos Kipatla. Recuperado de: https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=526&id_opcion=668&op=668

Gobierno de la Ciudad de México (6 de abril del 2017). Gaceta Oficial de la Ciudad de México. Recuperado de: http://data.metrobus.cdmx.gob.mx/transparencia/documentos/art14/l/LL_DPersonasAdultasMayoresDFO40417.pdf

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Consejo Nacional de Población. (2019). Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050. Recuperado de: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Sentencia de 19 de noviembre 1999. Recuperado de: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_63_esp.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2019). Panorama Estadístico de la Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes en México. Recuperado de: <https://www.unicef.org/mexico/media/1731/file/UNICEF%20PanoramaEstadistico.pdf>

Organización de Estados Americanos (2020). Guía Práctica de Respuestas Inclusivas y con Enfoques de Derechos ante el covid-19. Recuperado de: http://www.oas.org/es/sadye/publicaciones/GUIA_SPA.pdf

Iniciativa #EvaluaciónJusta. En: [https://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fchng.it%2F9cTxLrGJ%3Ffbclid%3DIwAR3PISs1oqF23opIIPWZ16rZR-gEazU7pZCQnjP7uYS4OEdSBUZQj4meEvv8&h=AT2bWozCtTSnvlLqIYIQ20a-Qud6BbscLTCpn5fy_4NaqIHswZQIE3st_PWXmmFx4jaXltGLIOOULNfKnUpvR-vV38_NgAmQbvIJMgnVTmYqaw2baK1v49i-M-tbHixRLN7LPTWX5WIFx_1T7s-hw&__tn__=-UK-R&c\[0\]=AT3OfMjCnZRRZxy0Kitfn9XGGZbpAd6kYIsh8aiU-1fQs9neALfpExVJ-fpOVQLn6NwTPGi7TnSIGiyo5HxKbksIOMxNo55v3rXmv-4doOEQixu3jVmCtkfpwn26rlgXkwIMYfLYngjA2fbRWNekOyyXoBGdgYkQfm](https://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fchng.it%2F9cTxLrGJ%3Ffbclid%3DIwAR3PISs1oqF23opIIPWZ16rZR-gEazU7pZCQnjP7uYS4OEdSBUZQj4meEvv8&h=AT2bWozCtTSnvlLqIYIQ20a-Qud6BbscLTCpn5fy_4NaqIHswZQIE3st_PWXmmFx4jaXltGLIOOULNfKnUpvR-vV38_NgAmQbvIJMgnVTmYqaw2baK1v49i-M-tbHixRLN7LPTWX5WIFx_1T7s-hw&__tn__=-UK-R&c[0]=AT3OfMjCnZRRZxy0Kitfn9XGGZbpAd6kYIsh8aiU-1fQs9neALfpExVJ-fpOVQLn6NwTPGi7TnSIGiyo5HxKbksIOMxNo55v3rXmv-4doOEQixu3jVmCtkfpwn26rlgXkwIMYfLYngjA2fbRWNekOyyXoBGdgYkQfm)

PERSONAS AFRO Y PERSONAS INDÍGENAS

OXFAM México. (2019). Por mi raza hablará la desigualdad: Efecto de las características étnico-raciales en la desigualdad de oportunidades en México. Recuperado de: https://www.oxfamMexico.org/sites/default/files/Por%20mi%20raza%20hablara%20la%20desigualdad_0.pdf

PERSONAS TRABAJADORAS DEL HOGAR

Convenio 189 de la OIT

<https://www.ilo.org/global/topics/domestic-workers/lang--es/index.htm>

Ley Federal del Trabajo

https://www.senado.gob.mx/comisiones/desarrollo_social/docs/marco/Ley_FT.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social

Incorporación de las personas trabajadoras del hogar
https://adodigital.imss.gob.mx/trab_dom/

PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Enfermedad por Coronavirus (Covid-19) and HIV: Asuntos y Acciones Clave

<https://www.paho.org/es/documentos/enfermedad-por-coronavirus-covid-19-and-hiv-asuntos-acciones-claves>

Encuesta de ONUSIDA para América Latina y el Caribe

<https://www.unaids.org/es/regionscountries/latinamerica>

MUJERES

Bolio, E., Ibarra, V., Rentería, M. y Garza, G. (2018). Una ambición. Dos realidades.

MX Women Matter. México: McKinsey & Company. Recuperado de: https://womenmattermx.com/WM_Nov_final_2.pdf

Grupo de Información en Reproducción Elegida GIRE (2017). Horas Hábiles.

Corresponsabilidad en la vida laboral y personal. Recuperado de: <https://corresponsabilidad.gire.org.mx/#/chapter/1/subchapter/1>

Grupo en concreto. (15 de junio 2020). Crece 80% llamadas de auxilio por violencia

contra mujeres en cuarentena: RNR. Grupo En Concreto. Recuperado de: <https://grupoenconcreto.com/crecen-80-llamadas-de-auxilio-por-violencia-contramujeres-en-cuarentena-rnr/#>

Instituto de Investigaciones para el Desarrollo con Equidad (EQUIDE). (2020).

Encuesta de Seguimiento de los Efectos del covid-19 en el Bienestar de los Hogares Mexicanos. #ENcovid-19 Mayo 2020. Recuperado de: https://equide.org/wp-content/uploads/2020/06/PP-ENCOVID19-Conferencia-Mayo-2020-RedesSociales_NO-SPNA.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Cuenta satélite del trabajo no

remunerado de los hogares 2017. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/temas/tnrh/default.html#Informacion_general

Mendoza Escamilla, Viridiana. (10 de junio de 2019). El machismo cuesta 1,400 mdd al año en México. Forbes México. Recuperado de: <https://www.forbes.com.mx/el-machismo-cuesta-1400-mdd-al-ano-en-mexico/>

Organización de Estados Americanos (2020). Guía Práctica de Respuestas Inclusivas y con Enfoques de Derechos ante el covid-19. Recuperado de: http://www.oas.org/es/sadye/publicaciones/GUIA_SPA.pdf

Secretaría de Salud. (2020). Lineamiento de Reconversión Hospitalaria. Recuperado de: <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>

DIRECTORIO DE INSTITUCIONES

Secretaría de Inclusión y Bienestar Social de la Ciudad de México (SIBISO)

55 5345 8265
atencionciudadana@sibiso.cdmx.gob.mx
<https://www.sibiso.cdmx.gob.mx/>
TW: @CDMX_SIBISO

Instituto de Atención a Poblaciones Prioritarias (IAPP)

55 5741 3666
55 5741 2083

Instituto del Envejecimiento Digno (INED)

55 5510 9667
Coordinación de Gerontología
55 5512 3799
Coordinación de Geriatria
55 5512155
Módulo
55 52083583

Dirección de Cuidados y Atención a la Persona Mayor

55 5512 1351

Dirección de Atención Social y Comunitaria

55 55109616

Secretaría de Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades Indígenas Residentes de la Ciudad de México (SEPI)

55 1102 6500 y 55 5128 3800 Ext. 6500
atencionciudadana.sepi@cdmx.gob.mx
<https://www.sepi.cdmx.gob.mx/>
FB: @sepicdmx
TW: @SEPICDMX

Secretaría de Trabajo y Fomento al Empleo de la Ciudad de México (STyFE)

55 5709 3233 Ext. 1020 y 5070
aac-styfe@cdmx.gob.mx
<https://www.trabajo.cdmx.gob.mx/>
FB y TW: @TrabajoCDMX

Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México

55 5512 2836
<https://www.semujeres.cdmx.gob.mx/>
FB y TW: @SeMujeresCDMX

Centros de ayuda LUNAS

55 5512 2836 ext 502
sosmujerescdmx@gmail.com
<https://www.semujeres.cdmx.gob.mx/asesorias/lunas>

Abogadas de las mujeres

55 5512 2772 ext 402
sosmujerescdmx@gmail.com

Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA)

55 5132 1250
<https://www.salud.cdmx.gob.mx/>
FB y TW: @SSaludCdMx
Ante síntomas de covid-19
Mandar mensaje con palabra COVID19 al 51515
Llamar a 911

Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México

55 5200 9000
55 5345 5000
gestion_fiscal@fgjcdmx.gob.mx
<https://www.fgjcdmx.gob.mx/>
TW: @FiscaliaCDMX
Denuncia <https://www.denunciadigital.cdmx.gob.mx/>

Trata de personas

55 5346 8480
55 5346 8110
Línea Nacional contra la Trata de Personas 800 5533 000

Instituto de las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México

(INDISCAPACIDAD)
55 1519 4290
indiscapacidad@cdmx.gob.mx
<https://www.indiscapacidad.cdmx.gob.mx/>
TW: @indiscapacidad_

Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA)

55 5728 7300
redesipinna@segob.gob.mx
<https://www.gob.mx/sipinna>
TW: @SIPINNA_MX
FB: @SIPINNAMX

Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (COPRED)

55 5341 3010
55 4600 8233
quejas.copred@gmail.com
<https://www.copred.cdmx.gob.mx/>
FB: @COPREDCDMX
TW: @COPRED_CDMX
Línea de la No Discriminación
55 5658 1111

INFORME

IMPACTOS DIFERENCIADOS POR COVID-19: DIÁLOGOS CON ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL



 @COPRED_CDMX

 /COPREDCDMX



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



CONSEJO PARA PREVENIR Y
ELIMINAR LA DISCRIMINACIÓN
DE LA CIUDAD DE MÉXICO

COPRED