MANUAL PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE ABORTO SEGURO A POBLACIONES VULNERABLES



Atención de calidad a mujeres, niñas, adolescentes y personas LGBTTTIQ+ migrantes y locales en Chiapas y Tabasco

MANUAL PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE ABORTO SEGURO A POBLACIONES VULNERABLES

Atención de calidad a mujeres, niñas, adolescentes y personas LGBTTTIQ+ migrantes y locales en Chiapas y Tabasco

MANUAL PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE ABORTO SEGURO A POBLACIONES VULNERABLES

Atención de calidad a mujeres, niñas, adolescentes y personas LGBTTTIQ+ migrantes y locales en Chiapas y Tabasco

1ª edición: Enero, 2022.
Ipas Centroamérica y México, Ciudad de México, 2022.

Elaboración de contenido:
Enrique Martínez y Samantha Mino.

Revisión de contenido:
Guillermo Ortiz y Mara Zaragoza.

Colaboración de las Las Vanders:
Daniela Flores y Annika Steindl.

Coordinación editorial:
Laura Andrade y Ana Martha Sánchez.

Ipas CAM alienta la distribución pública, así como la reproducción parcial o total del presente documento siempre y cuando se cite la fuente. En ningún caso esta obra podrá ser usada con fines comerciales, su difusión es gratuita.

Ipas es una organización internacional sin fines de lucro que trabaja en cuatro continentes, con el objetivo de incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente, el derecho al aborto.

Índice

5 Introducción

9 1. Elementos del contexto político y social de la movilidad humana en la región de América Latina

15 2. Determinantes de la salud sexual y reproductiva de las personas migrantes

19 3. Referentes normativos de carácter legal que protegen el derecho a la salud en personas migrantes en territorio mexicano

27 4. Marco regulatorio para la provisión de servicios de atención a la violencia sexual

33 5. Acceso al aborto seguro como un derecho humano

37 6. Causales de aborto en los estados de Chiapas y Tabasco

41 7. Información clínica sobre la atención integral en contextos de violencia

47 8. Regímenes recomendados para el aborto seguro

49 9. Resumen de los regímenes recomendados para el aborto con medicamentos

53 10. Acompañamiento y consejería a mujeres en situación de aborto

55 11. Consejería anticonceptiva

59 12. Recomendaciones para la atención a la salud sexual y reproductiva en personas migrantes

61 Referencias

INTRODUCCIÓN

Este manual brinda herramientas técnicas y teóricas de carácter legal, clínico y de salud pública a personal multidisciplinario para atender la salud sexual y reproductiva —con especial énfasis en el aborto seguro— de mujeres, niñas, adolescentes y personas LGBTTTIQ+[1] migrantes. Surge de la necesidad de fortalecer los mecanismos de atención y acceso a los servicios de salud, de incidir para la disminución de barreras a su acceso y de contribuir al cumplimiento del derecho a ésta en las personas migrantes y en quienes necesitan protección internacional en la frontera sur de México, específicamente en los estados de Chiapas y Tabasco.

La movilidad humana forzada que cruza por México ocurre en medio de una crisis de desigualdades sociales, políticas y económicas que obliga a las personas a migrar. A esto se suman tanto el debilitamiento del sistema de asilo que les impide acceder a un mecanismo de protección internacional, como los intentos de frenar la migración mediante la militarización de las fronteras, por parte de los gobiernos estadounidense y mexicano. Lo anterior impacta gravemente en la salud y en la vida de las personas en movilidad.

En este contexto, atender la salud es una necesidad prioritaria debido a diversos factores. Entre otros, pueden mencionarse el debilitamiento de los sistemas de salud en los países de origen y el aumento de las necesidades de atención no satisfechas; el deterioro en el recorrido migratorio en situaciones adversas y las condiciones de sobrevivencia ante el cierre de fronteras; los largos periodos de espera para solicitar asilo

1 Siglas que hacen referencia a las personas lesbianas, gais, transexuales, transgénero, travestis, bisexuales, intersexuales, *queers* y otras identidades y expresiones de la diversidad sexual.

con asistencia limitada de organizaciones humanitarias rebasadas por la demanda de atención, y, por último, las condiciones persecutorias en la detención y deportación por parte de las fuerzas armadas y de elementos del Instituto Nacional de Migración (Inami). Todo ello vulnera física, psicológica y emocionalmente a las personas migrantes, ya que, según la Organización Internacional de las Migraciones (OIM), "una migración mal gestionada puede tener repercusiones negativas en la salud de las poblaciones" (2020, p. 227).

Por otro lado, en la actualidad la frontera sur tiene condiciones particulares de movilidad humana. Si bien la migración desde países de Centroamérica, el Caribe —e inclusive de otros continentes— ocurre desde hace varias décadas, en los últimos años se ha intensificado. Con la creciente militarización en la frontera, los periodos cortos que las personas solían permanecer en las ciudades fronterizas se han multiplicado, de manera que ahora pueden estar varadas por largo tiempo debido a las dificultades en la regularización migratoria, a la saturación en los trámites para solicitar asilo, o al miedo de ser detenidas en el caso de continuar su traslado (Colectivo de Observación y Monitoreo de Derechos Humanos en el Sureste Mexicano *et al*., 2020). A lo largo de la espera, las personas pueden estar en condiciones precarias, sin acceso al agua potable o a una alimentación saludable e, incluso, vivir en condición de calle —a la intemperie o en campamentos—, circunstancias que intensifican la posibilidad de desarrollar enfermedades infecciosas, agravar condiciones de enfermedad preexistentes o desencadenar nuevos padecimientos. **En el caso de las mujeres y personas con capacidad de gestar, estas condiciones también significan el deterioro de la salud reproductiva ante las pocas o nulas posibili-**

dades de prevenir un embarazo no deseado, contar con atención prenatal ante embarazos que desean llevar a término o bien, tener acceso a un aborto seguro.

Finalmente, otro elemento clave es la violencia que afecta a todo el territorio mexicano e impacta especialmente a las personas migrantes. De acuerdo con Médicos Sin Fronteras (MSF), de las personas atendidas y entrevistadas en 2018 por esta organización, 57.3 % estuvieron expuestas a diversas formas de violencia durante la migración. Además de las afectaciones físicas, la violencia deja severos impactos en la salud mental, que se reflejan en condiciones como la ansiedad, síntomas postraumáticos y depresión (MSF, 2020).



1. ELEMENTOS DEL CONTEXTO POLÍTICO Y SOCIAL DE LA MOVILIDAD HUMANA EN LA REGIÓN DE AMÉRICA LATINA



La movilidad humana por condiciones forzadas responde a la desigualdad social global, particularmente en América Latina. De acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), **los tres factores fundamentales que generan la enorme desigualdad en la región son la concentración de poder, la violencia en todas sus formas y las políticas de protección social que no funcionan** (PNUD, 2021, p. 2).



CONCENTRACIÓN DE PODER



VIOLENCIA



POLÍTICAS DE PROTECCIÓN SOCIAL QUE NO FUNCIONAN

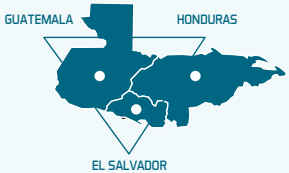
Conocer las condiciones sociales, políticas y económicas de América Latina permite comprender la vulnerabilidad y los riesgos que viven las personas en situación de movilidad. En los últimos años, ha aumentado dramáticamente la migración desde Centroamérica, el Caribe y Sudamérica, como se mostrará más adelante al hablar del éxodo venezolano, haitiano y centroamericano. El contexto sociopolítico, la desigualdad económica, el cambio climático, los megaproyectos extractivos, la violencia generalizada y la basada en el género que enfrentan países como Venezuela, Nicaragua, Honduras, El Salvador y Guatemala han sido parte del aumento de la movilidad humana en los últimos años. Por ejemplo, la migración desde Venezuela es el mayor éxodo en la historia reciente de la región y una de las mayores crisis de personas desplazadas en el mundo. De acuerdo con la Agencia de la Organización de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), a finales de 2019, 4.5 millones de personas habían abandonado Venezuela (ACNUR, 2020, p. 3). También, en 2018 se visibilizó





EN 2019 4.5 MILLONES DE PERSONAS YA HABÍAN ABANDONADO VENEZUELA

TRIÁNGULO NORTE DE CENTROAMÉRICA





EN LAS CARAVANAS SURGIDAS ENTRE OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE 2018 SE DOCUMENTARON SEIS GRUPOS CON APROXIMADAMENTE **15,000** PERSONAS

un éxodo centroamericano en las llamadas caravanas migrantes, que salieron desde Honduras para cruzar México de forma segura y llegar a Estados Unidos en busca de protección internacional. Sin embargo, diversos organismos de Naciones Unidas, organizaciones civiles y albergues ya habían alertado sobre el auge en las últimas décadas de la migración forzada desde los países del Triángulo Norte de Centroamérica (Honduras, Guatemala y El Salvador). Por lo menos en las caravanas surgidas entre octubre y noviembre de 2018 se documentaron seis grupos con aproximadamente 15 000 personas (Colectivo de Observación y Monitoreo de Derechos Humanos en el Sureste Mexicano, 2019). Actualmente, existe una preocupación internacional por la seguridad y condiciones de vida de la población de Haití, país donde el terremoto de 2010 generó un éxodo que aún continúa, a lo que se añaden la inestabilidad política y social reflejada en el homicidio del presidente Jovenel Moïse y el sismo de agosto de 2021 (Torrado *et al*., 2021).

México mantiene características migratorias particulares, pues es un país de origen, tránsito, destino y retorno de personas con perfiles diferenciados que requieren políticas para la protección de sus derechos. Según la Comisión Mexicana de Ayuda al Refugiado (Comar, 2021), las personas solicitantes de asilo en México en los últimos años provienen de los países Honduras (19 033 de enero a mayo de 2021), Haití (7135 en ese mismo periodo), Cuba (3769), El Salvador (3008), Venezuela (2369), Guatemala (2063), Nicaragua (936), Chile (866), Brasil (439), Colombia (413) y otros países (1164). Conocer las cifras de solicitantes de asilo es una manera de aproximarse al número y diversidad de personas que atraviesan la frontera mexicana del sur por condicio-

nes forzadas y cuyo destino es México. Empero, hay un flujo prominente de personas sujetas de protección internacional que buscan asilo en Estados Unidos, con un perfil migratorio que no coincide con las condiciones formales contempladas en los procedimientos legales para lograr la protección internacional, o bien, que no saben de la posibilidad de ser sujetas de protección internacional en México, razones por las cuales es difícil conocer con exactitud la magnitud de la migración forzada en territorio mexicano. Por otra parte, las cifras de detenciones por parte del Inami dan una magnitud aproximada del flujo migratorio que atraviesa México; en 2019 un total de 149 812 personas fueron detenidas y deportadas por autoridades migratorias y 53 891 en 2020 (Secretaría de Gobernación, Subsecretaría de Derechos Humanos, Población y Migración, Unidad de Política Migratoria, 2021).

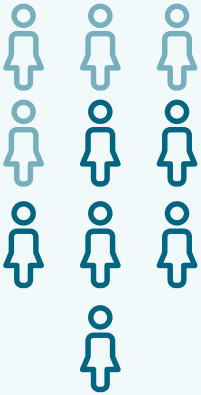




2. DETERMINANTES DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS PERSONAS MIGRANTES

La **salud sexual** no es solamente la ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), esto incluye **la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia** (OMS, 2018, p. 3). La salud reproductiva se relaciona con aspectos del sistema reproductivo, sus funciones y procesos, pero también con la libertad de no tener hijos o de hacerlo cuando se desee (Secretaría de Salud, Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2021).

Fortalecer el acceso a la salud sexual y reproductiva de las personas migrantes es una prioridad debido a diversas condiciones como la **posibilidad de ser víctimas de diferentes tipos de violencia sexual** incluida la trata con fines de explotación sexual, las relaciones sexuales forzadas o no deseadas, el intercambio de relaciones sexuales a cambio de protección, el acoso sexual, y otras formas de agresión sexual frecuentes (como los desnudos forzados en grupo) frecuentes en la ruta migratoria (MSF, 2020, pp. 17-18). El informe *Víctimas invisibles. Migrantes en movimiento en México,* realizado por Amnistía Internacional en 2010, menciona que 6 de cada 10 mujeres y niñas migrantes sufren de violencia sexual durante el viaje (citado en Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social y Sin Fronteras, 2012, p. 8). Lo anterior permite un acercamiento a la dimensión de este problema de salud pública en nuestro país, sin embargo, actualmente no hay información precisa sobre las cifras de violencia sexual en contextos migratorios, debido a la falta de documentación, a la desconfianza en los sistemas de procuración de justicia —lo que genera pocas denuncias—,

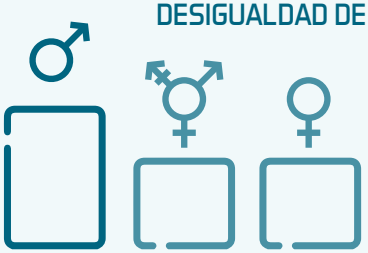


6 DE CADA 10 MUJERES Y NIÑAS MIGRANTES SUFREN DE VIOLENCIA SEXUAL DURANTE EL VIAJE

además de que la información estadística oficial es limitada. Según MSF, "en los nueve primeros meses de 2019, el número de casos (277) de violencia sexual atendidos por MSF aumentó más del doble (134 %) con relación al mismo periodo del año anterior (118)" (MSF, 2020, p. 6).

Las **condiciones de violencia de género en los países de origen, tránsito y destino** son otro factor contextual importante. La violencia feminicida, la transfobia, la homofobia y la lesbofobia, entre otras, afectan a mujeres y a personas LGBTTTIQ+ de todas las edades, intervienen en la decisión de migrar, o son motivos de movilidad forzada. La organización Kind Kids in Need of Defense (KIND, 2021) ha documentado que una de las causas de la migración desde Centroamérica de niñas, niños y adolescentes es la desigualdad de género, lo que ha provocado una violencia de género generalizada que incluye altas tasas de feminicidio, violencia sexual y contra personas LGBTTTIQ+. A esto se suman la desigualdad y la discriminación sistemática contra la diversidad étnica, como los pueblos indígenas y afrodescendientes (KIND y Centro de Derechos Humanos Fray Matías de Córdova, 2017). Esto explica la elevación en las últimas décadas de la migración de mujeres, niñas, niños, adolescentes y personas LGBTTTIQ+.

DESIGUALDAD DE GÉNERO

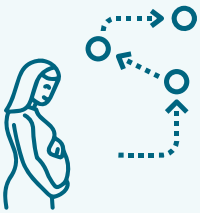


LA VIOLENCIA FEMINICIDA, LA TRANSFOBIA, LA HOMOFOBIA Y LA LESBOFOBIA, ENTRE OTRAS, AFECTAN A MUJERES Y A PERSONAS LGBTTTIQ+

CAUSANDO LA MIGRACIÓNDE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE CENTROAMÉRICA

Por otro lado, gran parte del flujo migratorio de mujeres y personas LGBTTTIQ+ está en edad reproductiva y su derecho a vivir y gozar de la sexualidad libremente no se interrumpe a causa de la migración. En este sentido, el ejercicio pleno de la sexualidad de manera voluntaria genera necesidades integrales de atención tan legítimas como aquellas que surgen a causa de la violencia sexual. Con frecuencia, en ambos contextos estas necesidades no son visibles o parecen menos importantes que las necesidades de refugio y alimento para la subsistencia.

En los últimos años ha habido mayor presencia de personas embarazadas en los flujos migratorios. Es probable que el embarazo se asocie a la decisión o a la necesidad de migrar de mujeres y personas gestantes, que se vincula con la violencia generalizada, la violencia basada en el género y la pobreza de los países de origen (Mino Gracia *et al.*, 2019, p. 183). Estas personas migran, entre otras causas, para tener mejores condiciones de seguridad y manutención para la familia, porque se trata de personas solas, no tienen pareja o tienen pocas redes de apoyo para el cuidado en el embarazo y para asumir la crianza y la manutención. Otra causa es la penalización absoluta del aborto y la criminalización de las mujeres en la atención de emergencias obstétricas y la falta de medidas de prevención y atención integral a víctimas de violencia sexual en los países de origen (Ipas CAM, 2020, p. 3).



EN LOS ÚLTIMOS AÑOS HA HABIDO MAYOR PRESENCIA DE PERSONAS EMBARAZADAS EN LOS FLUJOS MIGRATORIOS.



3. REFERENTES NORMATIVOS DE CARÁCTER LEGAL QUE PROTEGEN EL DERECHO A LA SALUD EN PERSONAS MIGRANTES EN TERRITORIO MEXICANO



Existen diversos instrumentos legales que protegen los derechos humanos en México, uno de los principales es la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. La reforma constitucional en materia de derechos humanos de 2011 señala diversos elementos que favorecen el reconocimiento de los derechos humanos sin importar el origen étnico, nacional, el género, la edad, entre otros. Además, establece que **los tratados internacionales están en el mismo nivel que la Constitución**. Es decir, México ha firmado y ratificado diversos tratados internacionales que reconocen los derechos humanos y ahora, con esta reforma constitucional, pueden utilizarse para proteger su cumplimiento.[2] Además, el principio *pro persona* —que también se incorpora con esta reforma constitucional— permite a la autoridad aplicar la norma que más favorezca a la persona, o bien, la que imponga menos barreras al acceso.



MÉXICO HA FIRMADO Y RATIFICADO DIVERSOS TRATADOS INTERNACIONALES QUE RECONOCEN LOS DERECHOS HUMANOS

2"Los tratados internacionales de derechos humanos tienen una incidencia fundamental en el ámbito interno de los Estados, porque las obligaciones contenidas en ellos van dirigidas a la protección de estos derechos dentro de sus respectivas jurisdicciones" (Castañeda, 2014, p. 19).

REFERENTES NORMATIVOS DE CARÁCTER LEGAL QUE PROTEGEN EL DERECHO A LA SALUD EN PERSONAS MIGRANTES EN TERRITORIO MEXICANO

A continuación, se muestran los artículos de la constitución que exponen la universalidad de la protección de los derechos humanos, la prohibición de la discriminación por nacionalidad, entre otros, y la protección a la salud de todas las personas.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo 1. o En los Estados Unidos Mexicanos **todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte**, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.
[...]

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Artículo 4. o [...] **Toda persona tiene derecho a la protección de la salud**. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. **La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.**

Uno de los marcos normativos referentes en materia migratoria es la Ley de Migración, que en la actualidad cumple diez años de su creación. En esta se señalan los principios que deben regir la política migratoria en México y determina las responsabilidades institucionales para proteger los derechos de las personas migrantes. Enseguida se indican los artículos de la Ley de Migración que sostienen la importancia de proteger los derechos humanos sin importar la nacionalidad o estatus migratorio, así como los artículos sobre la atención a la salud y las responsabilidades de las instituciones de salud en la atención.

Ley de Migración

Artículo 2. º [...] **Respeto irrestricto de los derechos humanos de los migrantes**, nacionales y extranjeros, sea cual fuere su origen, nacionalidad, género, etnia, edad y situación migratoria, con especial atención a grupos vulnerables como menores de edad, mujeres, indígenas, adolescentes y personas de la tercera edad, así como a víctimas del delito. **En ningún caso una situación migratoria irregular preconfigurará por sí misma la comisión de un delito** ni se prejuzgará la comisión de ilícitos por parte de un migrante por el hecho de encontrarse en condición no documentada.

Artículo 8. o Los migrantes podrán acceder a los servicios educativos provistos por los sectores público y privado, independientemente de su situación migratoria y conforme a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables. **Los migrantes tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica, provista por los sectores público y privado, independientemente de su situación migratoria**, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables. Los migrantes independientemente de su situación migratoria, **tendrán derecho a recibir de manera gratuita y sin restricción alguna, cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesa-**

ria para preservar su vida. En la prestación de servicios educativos y médicos, ningún acto administrativo establecerá restricciones al extranjero, mayores a las establecidas de manera general para los mexicanos.

Artículo 27. o Corresponde a la Secretaría de Salud:

I. Promover en coordinación con las autoridades sanitarias de los diferentes niveles de gobierno que, **la prestación de servicios de salud que se otorgue a los extranjeros, se brinde sin importar su situación migratoria** y conforme a las disposiciones jurídicas aplicables;

II. [...]

Otro instrumento normativo que contribuye al reconocimiento a la igualdad de derechos sin importar la nacionalidad y condición migratoria es la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. A continuación, se muestra la definición de discriminación y en ella se indica el papel que juega en la limitación de un derecho.

Ley federal para prevenir y eliminar la discriminación

Discriminación: Para los efectos de esta ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y t**enga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la**

situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo;

Ley General de Salud

Artículo 77 bis 3.- Las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio, con lo cual gozarán de las acciones de protección en salud a que se refiere este Título.

Con estos antecedentes se enfatizan los siguientes criterios para la atención a la salud en las personas migrantes:

- La atención a la salud no está condicionada a la nacionalidad ni a la regularidad migratoria.
- Las instituciones de salud están obligadas a atender de manera gratuita y sin restricción alguna a las personas migrantes en cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida.
- En ningún caso es necesario notificar al Instituto Nacional de Migración.
- Las limitaciones en el cumplimiento a los derechos, como las barreras en el acceso a la salud debido a la nacionalidad o estatus migratorio, representan un ejercicio de discriminación, sancionado por la ley.



4. MARCO REGULATORIO PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL

El marco legal que regula la atención a las personas víctimas de violencia sexual está conformado por la Ley General de Víctimas, la NOM 046 y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

La Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005 sobre Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, fue actualizada en 2016 para regular el acceso a los servicios de aborto seguro conforme a la Ley General de Víctimas y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, **para evitar la doble victimización de las mujeres que necesitan acceder a servicios de aborto en casos de violación en el país.**

La Ley General de Víctimas es de observancia obligatoria en todo el país y para todas las autoridades de todos los ámbitos de gobierno. **Reconoce los derechos de las víctimas de delitos y de violaciones a derechos humanos en México como el derecho a acceder a servicios de emergencia médica en casos de violencia sexual, sin imponer mayores requisitos para su acceso.** Esta ley estipula que cualquier otra ley, reglamento, norma técnica o disposición que contravenga su contenido quedará derogada para efectos legales y que los congresos locales tienen la obligación de armonizar sus legislaciones conforme a su contenido (Ipas CAM, 2020b).

Ley General de Víctimas

Artículo 35. A toda víctima de violación sexual, o cualquier otra conducta que afecte su integridad física o psicológica, se le garantizará el acceso a los servicios de anticoncepción de emergencia y de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la ley, con absoluto respeto a la voluntad de la víctima; asimismo, se le realizará práctica periódica de exámenes y tratamiento especializado, durante el tiempo necesario para su total recuperación y conforme al diagnóstico y tratamiento médico recomendado; en particular, se considerará prioritario para su tratamiento el seguimiento de eventuales contagios de enfermedades de transmisión sexual y del Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Ley General De Víctimas

Artículo 5. Los mecanismos, medidas y procedimientos establecidos en esta Ley, serán diseñados, implementados y evaluados aplicando los principios siguientes:

[...]

Enfoque diferencial y especializado. Se reconoce la existencia de grupos de población con características particulares o con mayor situación de vulnerabilidad en razón de su edad, género, preferencia u orientación sexual, etnia, condición de discapacidad y otros.

Las distintas autoridades comprometidas en la aplicación de esta Ley ofrecerán, en el ámbito de sus respectivas competencias, **garantías especiales y medidas de protección a los grupos expuestos a un mayor riesgo de violación de sus derechos, como niñas y niños, jóvenes, mujeres, adultos mayores, personas en situación de**

discapacidad, migrantes, miembros de pueblos indígenas, defensoras y defensores de derechos humanos y personas en situación de desplazamiento interno. En todo momento se reconocerá el interés superior del menor. Todas las normas, instituciones y actos que se desprendan de la presente Ley deberán integrar un enfoque transversal de género y de protección de personas y grupos en situación de especial vulnerabilidad.

Este principio incluye la adopción de medidas que respondan a la atención de dichas particularidades y grado de vulnerabilidad, reconociendo igualmente que ciertos daños sufridos por su gravedad requieren de un tratamiento especializado para dar respuesta a su rehabilitación y reintegración a la sociedad.

Enfoque transformador. Las distintas autoridades comprometidas en la aplicación de la presente Ley realizarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, los esfuerzos necesarios encaminados a que las medidas de ayuda, protección, atención, asistencia y reparación integral a las que tienen derecho las víctimas contribuyan a la eliminación de los esquemas de discriminación y marginación que pudieron ser la causa de los hechos victimizantes.

Gratuidad. Todas las acciones, mecanismos, procedimientos y cualquier otro trámite que implique el derecho de acceso a la justicia y demás derechos reconocidos en esta Ley serán gratuitos para la víctima.

Igualdad y no discriminación. En el ejercicio de los derechos y garantías de las víctimas y en todos los procedimientos a los que se refiere la presente Ley, las autoridades se conducirán sin distinción, exclusión o restricción, ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos, sociales, nacionales, lengua, religión, opiniones políticas, ideológicas o de cualquier otro tipo, género, edad, preferencia u orientación sexual, estado civil, condiciones de salud, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio y discapacidades, o cualquier otra que tenga por objeto o efecto impedir o anular el re-

conocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas. Toda garantía o mecanismo especial deberá fundarse en razones de enfoque diferencial.

[...]

La atención médica en casos de violencia sexual debe incluir:

- La valoración y tratamiento de lesiones físicas
- Servicios de intervención en crisis y atención psicológica posterior
- La oferta inmediata de anticoncepción de emergencia, hasta en un máximo de 120 horas después de ocurrido el evento
- Prueba para la detección del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y, en caso de ser negativa, prescripción del tratamiento antirretroviral para la profilaxis contra el VIH.[3]
- La oferta del servicio de aborto seguro en caso de embarazo producto de la agresión sexual
- Un examen forense (si la persona sobreviviente decide enjuiciar al agresor).
- Práctica periódica de exámenes y tratamiento especializado durante el tiempo necesario hasta su total recuperación, conforme al diagnóstico y tratamiento médico indicado. Seguimiento de eventuales infecciones de transmisión sexual y del VIH (OMS, citada en Ipas CAM, 2020b, p. 3).

3 De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el sistema jurídico, las personas sobrevivientes de violencia sexual deben tener acceso a profesionales competentes y sensibilizados que les ayuden si decidieran encausar al agresor (OPS y OMS, 2013).

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

5. Generalidades

5.1. Todas las instituciones, dependencias y organizaciones del Sistema Nacional de Salud que presten servicios de salud deberán otorgar atención médica a las personas involucradas en situación de violencia familiar o sexual, las cuales pueden ser identificadas desde el punto de vista médico, como la o el usuario afectado; al agresor, y a quienes resulten afectados en este tipo de situaciones.

5.2. Esta atención médica incluye la promoción, protección y procurar restaurar al grado máximo posible la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas, información de medidas médicas alternativas si el caso lo requiere y, cuando sea solicitado y las condiciones lo permitan, la promoción y restauración de la salud de los probables agresores.

5.5. Las instituciones de salud deberán propiciar la coordinación o concertación con otras instituciones, dependencias y organizaciones del sector público, social y privado, para realizar una oportuna canalización de las personas involucradas en violencia familiar o sexual, a fin de que, en el ámbito de sus respectivas competencias, se proporcione atención médica, psicológica, legal, de asistencia social u otras.

6.4. Para el tratamiento específico de la violación sexual

6.4.1. Los casos de violación sexual son urgencias médicas y requieren atención inmediata.

6.4.2. Los objetivos de la atención a personas violadas son:

6.4.2.1. Estabilizar, reparar daños y evitar complicaciones a través de evaluación y tratamiento de lesiones físicas.



5. ACCESO AL ABORTO SEGURO COMO UN DERECHO HUMANO

Es primordial contribuir al acceso al aborto seguro en contextos de movilidad humana y de crisis humanitaria debido a las condiciones de violencia que afectan a las personas migrantes. La espera cada vez más prolongada en zonas fronterizas, como la frontera sur de México, ha forzado a las organizaciones y a las entidades de Naciones Unidas a incluir en las acciones de atención humanitaria actividades especializadas para acompañar en el acceso a diferentes derechos como al asilo, al empleo, a la salud, a la justicia, entre otros. En el ámbito de la violencia sexual, deben establecerse medidas para no extender las consecuencias físicas, psicológicas y otras derivadas de la violación, lo que implica una atención médica y psicológica adecuada, además de la interrupción voluntaria del embarazo.

Aunque hay mayor disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios, gracias a la especialización del trabajo de organizaciones civiles y albergues, el acompañamiento y la provisión de servicios de aborto seguro aún siguen siendo inusuales. Esto ocurre debido a cuatro mitos:

- el aborto no es una necesidad prioritaria,
- el aborto es demasiado complicado de realizar en situaciones de crisis
- es ilegal, y
- no existe financiamiento para ello (McGinn y Casey, 2016).

Es probable que los valores personales e institucionales en relación con el aborto sean otra razón por las que no se da este tipo de acompañamiento, ya que algunos albergues pertenecen a instituciones religiosas que suelen oponerse a esta práctica. Sin embargo, el acceso al aborto seguro en contextos de movilidad humana es necesario para:

- **Disminuir la morbilidad y mortalidad materna asociada con abortos inseguros.** La OMS estima que 13 % de las muertes maternas en el mundo son derivadas de la práctica insegura del aborto (Ipas México, 2021, p. 2).

- **Evitar que se extiendan las consecuencias físicas, psicológicas y otras derivadas de la violación, mediante la interrupción voluntaria del embarazo.** En contextos de movilidad humana, las mujeres, niñas y personas gestantes corren mayor riesgo de sufrir violencia sexual, lo que puede provocar embarazos no deseados y abortos inseguros.

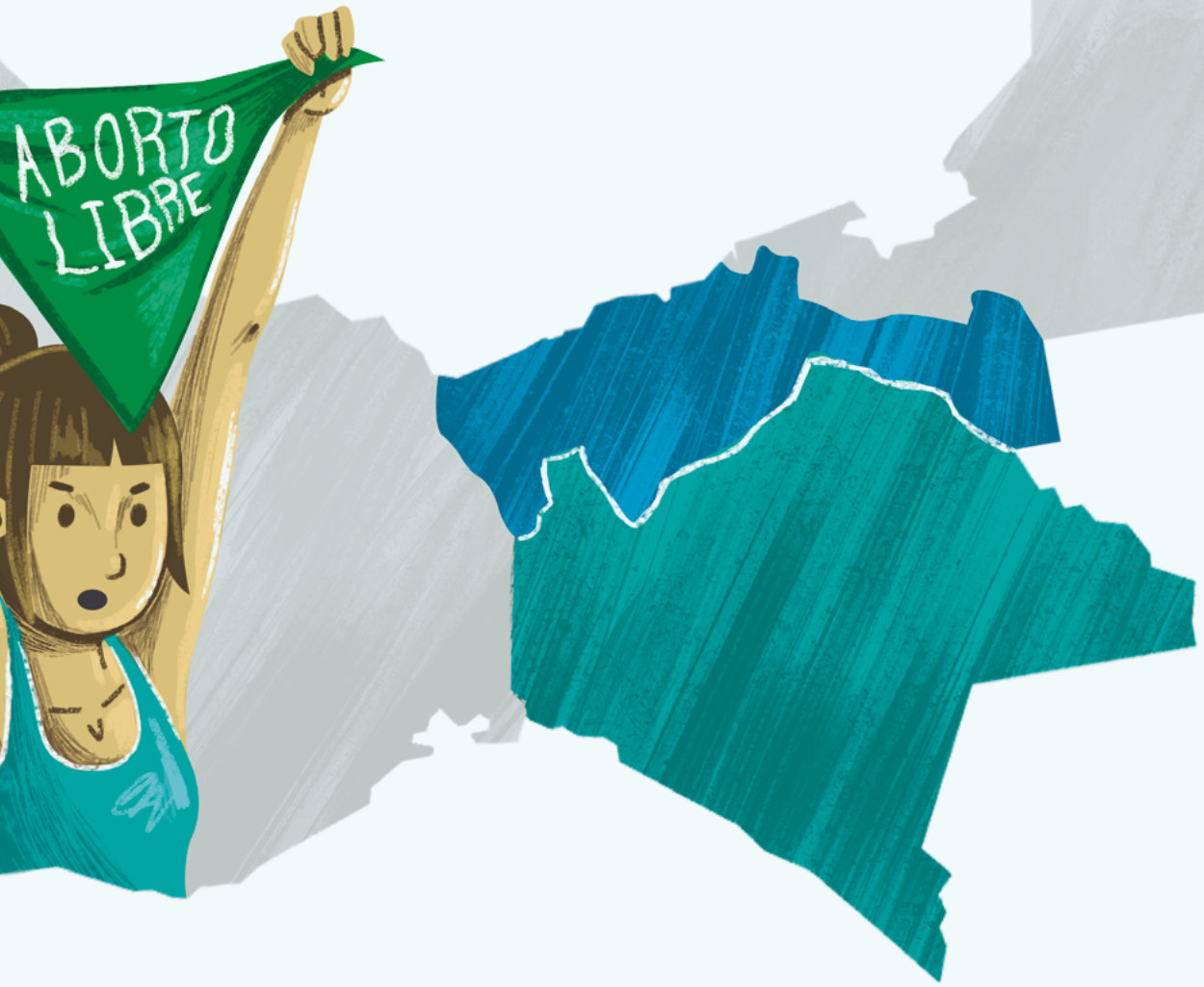
- **Impedir que cualquier evento o padecimiento relacionado con la reproducción coloque a las personas en riesgo de muerte.** Los factores asociados con muertes maternas son prevenibles y están relacionados a condiciones socioeconómicas, a la falta de acceso a servicios de salud, a la ausencia de atención obstétrica de emergencia, así como a barreras relacionadas con el estigma hacia las mujeres en situación de aborto. Todos estos factores pueden prevenirse y evitarse.

- **Reconocer el derecho al estado general de bienestar de las mujeres, a sus proyectos de vida y a su dignidad.**

Lejos de lo que puede pensarse, los servicios de aborto no son complicados. Por el contrario, con el correcto entrenamiento, los proveedores de nivel medio pueden realizarlos de manera segura, sin equipos o suministros sofisticados (McGinn y Casey, 2016). Finalmente, el aborto es legal en todo el país de acuerdo con las normativas estatales que lo permiten bajo las siguientes causales: que el embarazo represente grave daño a la salud de la mujer, malformaciones fetales, peligro de muerte de la mujer, inseminación artificial no consentida y el aborto imprudencial o culposo (el que sucede accidentalmente, sin que pueda evitarse). En aborto por violación es la única causal legal en todo el país bajo la denominación de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y se reconoce como un derecho de las víctimas de violencia sexual (Secretaría de Salud, Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2021, p. 10).



6. CAUSALES DE ABORTO EN LOS ESTADOS DE CHIAPAS Y TABASCO



A continuación se muestran los artículos del código penal de los estados de Chiapas y de Tabasco donde se encuentran los supuestos de legalidad previstos. En el caso de Chiapas, aunque se señala que el aborto no es punible por violación si se verifica dentro de los noventa días después de la concepción, la Suprema Corte de Justicia declaró recientemente que es **inconstitucional la existencia de un plazo determinado para abortar cuando se trate de un caso de violación, por lo cual, los estados en los que se considera un plazo para la prestación de la IVE, pueden proceder en términos de la resolución de la Corte.**

Código Penal del estado de Chiapas

Artículo 181. **No es punible el aborto cuando el embarazo sea consecuencia de violación,** si éste se verifica dentro de los noventa días a partir de la concepción o cuando la madre embarazada corra **peligro de muerte**, o pueda determinarse que **el producto sufre alteraciones genéticas o congénitas** que den por necesario el nacimiento de éste con trastornos físicos o mentales graves, previo dictamen del médico que la asista, oyendo el dictamen de otros médicos especialistas, cuando fuere posible y no sea peligrosa la demora.

Código Penal del estado de Tabasco

Artículo 136. No es punible el aborto:

I. Cuando el embarazo sea resultado de una violación o de **una inseminación indebida.** En estos casos, no se requerirá sentencia ejecutoria sobre la violación o inseminación indebida, bastará la comprobación de los hechos; o

II. Cuando de no practicarse el aborto, **la mujer embarazada corra peligro de muerte,** a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora.



7. INFORMACIÓN CLÍNICA SOBRE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN CONTEXTOS DE VIOLENCIA



La Norma 046 establece el tratamiento específico en casos de violación sexual con los siguientes criterios:

- **Los casos de violación sexual son urgencias médicas y requieren atención inmediata.**

Los objetivos de la atención a personas víctimas de violación son:

- Estabilizar, reparar daños y evitar complicaciones a través de evaluación y tratamiento de lesiones físicas
- Promover la estabilidad emocional de la persona garantizando la intervención en crisis y atención psicológica posterior
- Prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados (en el caso de mujeres, niñas y personas gestantes)

Atención inmediata antes de 120 horas

- En caso de violación, las instituciones prestadoras de servicios de atención médica, deberán, de acuerdo con la norma oficial mexicana aplicable, **ofrecer de inmediato, y hasta en un máximo de 120 horas después de ocurrido el evento, la anticoncepción de emergencia,** después de haber informado completamente sobre la utilización de este método, para que la persona tome una decisión libre e informada.
- Informar de los riesgos de posibles infecciones de transmisión sexual y de la prevención a través de administración de antibióticos, terapia, inmunización contra hepatitis B y quimioprofilaxis y, de acuerdo con la evaluación de riesgo,

prescribir la profilaxis contra VIH/sida conforme a la norma oficial mexicana aplicable, tomando en cuenta la percepción de riesgo de la usuaria o el usuario.

- Registrar las evidencias médicas de la violación en el expediente clínico, cuando sea posible y previo consentimiento de acuerdo con lo encontrado en la exploración física de la persona afectada y según los protocolos clínicos locales de obtención de muestras forenses.

Atención después de 120 horas

- Proporcionar consejería, seguimiento y orientación a la persona afectada sobre las instituciones públicas, sociales o privadas a las que puede acudir para recibir otros servicios.
- **En caso de embarazo por violación,** las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica, **deberán prestar servicios de aborto médico a solicitud de la víctima interesada.**
- **Las instituciones públicas de atención médica deberán contar con personal médico y de enfermería no objetor de conciencia y capacitado en procedimientos de aborto médico.** Si en el momento de la solicitud de atención no pudiera prestarse el servicio de manera oportuna y adecuada se deberá referir de inmediato a la usuaria, a una unidad de salud que cuente con este tipo de personal y con infraestructura de atención con calidad (*DOF*, 2009, numeral 6.4).

Profilaxis Posterior a la Exposición (PEP)

La Organización Mundial de la Salud establece que la profilaxis posterior a la exposición (PEP) es la manera de disminuir el riesgo de contraer la infección por el VIH en las personas que se han expuesto al virus. **Esta medida de prevención se utiliza hasta 72 horas después de la exposición y reduce en más de 80 % el riesgo de contraer la infección por el VIH.**

La PEP es la utilización a corto plazo de los antirretrovirales (ARV) con el fin de reducir la probabilidad de contraer el VIH después de una posible exposición a causa de una **violación.**

Se debe ofrecer la PEP e iniciarla cuanto antes a todas las personas con una exposición que puede dar lugar a la transmisión del VIH y en condiciones ideales, antes de que hayan transcurrido 72 horas. El cumplimiento de un ciclo completo de 28 días de ARV es fundamental para que la intervención sea eficaz (OPS, s. f.).



8. REGÍMENES RECOMENDADOS PARA EL ABORTO SEGURO

Un aborto realizado en situaciones de seguridad técnica y sanitaria, con personal de salud calificado, es el evento obstétrico más seguro en la vida reproductiva de las mujeres (Ipas México, 2021, p. 8). Existen **dos métodos seguros** recomendados por la OMS por sus altas tasas de eficacia (Ipas, 2021):

- Aborto con medicamentos. Tiene de 95 % a 98 % de eficacia usando el régimen combinado de misoprostol y mifepristona en el primer trimestre del embarazo; y 85 % de eficacia si se usa únicamente misoprostol[4] durante el primer trimestre del embarazo.
- Evacuación endouterina. Tiene 98 % de eficacia, en el primer trimestre del embarazo (Ipas México, 2020, p. 12). Es absolutamente recomendable reemplazar el legrado uterino instrumental (LUI) por aspiración o medicamentos.

Muchos trabajadores de salud capacitados pueden ofrecer servicios de aspiración por vacío y aborto con medicamentos antes de las 13 semanas de gestación, de manera tan segura y eficaz como el personal médico (Ipas, 2021, p. 52). **Además, estos procedimientos pueden realizarse de manera ambulatoria antes de las 13 semanas de gestación, sin tener que ingresar a un nivel hospitalario, con lo que se favorece la movilidad de las personas migrantes.**

4 Un estudio realizado en Nigeria y Argentina y publicado en The Lancet en noviembre de 2021, evaluó el uso de misoprostol en 593 mujeres. Los resultados reportan hasta un 95 % de eficacia con el uso de misoprostol solo, en embarazos de hasta 9 semanas de gestación. Entendiendo la eficacia como aborto completo sin necesidad de intervención quirúrgica.



9. RESUMEN DE LOS REGÍMENES RECOMENDADOS PARA EL ABORTO CON MEDICAMENTOS

Resumen de los regímenes recomendados para el aborto con medicamentos (Ipas, 2021 y Secretaría de Salud, Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2021)

Aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol combinados:

- Hasta las 10 semanas de gestación, es decir, 70 días desde la fecha de la última menstruación (FUM):
  - 200 mg de mifepristona por vía oral
  - 800 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal, entre 1 y 2 días después de la mifepristona

- De 10 a 13 semanas de gestación:
  - 200 mg de mifepristona por vía oral
  - 600 mcg de misoprostol por vía sublingual u 800 mcg por vía vaginal entre 1 y 2 días después de la mifepristona, seguido de 400 mcg de misoprostol por vía sublingual o vaginal cada tres horas hasta la expulsión
  - Alternativa: pueden administrarse 200 mg de mifepristona y 1 o 2 días después 200 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal. Puede repetirse la dosis de misoprostol para lograr aborto completo.

- A las 13 semanas o más de gestación (de 13 a 24 semanas):
  - 200 mg de mifepristona por vía oral
  - 400 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal entre 1 y 2 días después de la mifepristona, y luego cada tres horas hasta la expulsión del feto y la placenta
  - Si la mujer se encuentra estable y le resulta conveniente hacerlo, la persona prestadora de servicios debe concederle por lo menos cuatro horas después de la expulsión fetal para que salga la placenta; de lo contrario se repetirá la dosis de misoprostol y se realizará una tracción sostenida o extracción instrumentada de la placenta y anexos, **no debe realizarse el legrado uterino instrumentado.**

Aborto con medicamentos inducido con misoprostol únicamente:

- **Antes de las 13 semanas de gestación:**
  - 800 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal cada tres horas hasta la expulsión

- **A las 13 semanas o más de gestación (de 13 a 24 semanas):**
  - 400 mcg de misoprostol por vía sublingual o vaginal cada tres horas hasta la expulsión del feto y la placenta. La administración de dosis por vía vaginal es más eficaz que por vía sublingual para mujeres nulíparas.
  - Si la mujer se encuentra estable y le resulta conveniente hacerlo, la persona prestadora de servicios debe concederle por lo menos cuatro horas después de la expulsión fetal para que salga la placenta; de lo contrario se repetirá la dosis de misoprostol y se realizará una tracción

sostenida o extracción instrumentada de la placenta y anexos, **no debe realizarse el legrado uterino instrumentado.**

Tratamiento con medicamentos del aborto incompleto, aborto diferido o muerte fetal intrauterina (atención postaborto)

- **Tamaño uterino menor de 13 semanas:**
  - Aborto incompleto: una dosis única de 600 mcg de misoprostol por vía oral o una dosis única de 400 mcg por vía sublingual o, en la ausencia de sangrado vaginal, por vía vaginal.
  - Aborto diferido: 600 mcg de misoprostol por vía sublingual o, en la ausencia de sangrado vaginal, 800 mcg por vía vaginal cada tres horas hasta la expulsión (por lo general, de 1 a 3 dosis).

Cuando se disponga de mifepristona, hay que agregar un pretratamiento con 200 mg de mifepristona por vía oral 1 o 2 días antes del misoprostol.

- **Tamaño uterino de 13 semanas o mayor:**
  - Aborto incompleto: misoprostol en una dosis de 400 mcg por vía bucal, sublingual o, en la ausencia de sangrado vaginal, por vía vaginal cada tres horas hasta la expulsión.
  - Muerte fetal intrauterina (hasta 24 semanas): 400 mcg de misoprostol por vía sublingual o en la ausencia de sangrado vaginal, por vía vaginal cada 4 a 6 horas hasta la expulsión. Cuando se disponga de mifepristona, hay que agregar un pretratamiento con 200 mg de mifepristona por vía oral 1 o 2 días antes del misoprostol.


ORIENTA

10. ACOMPAÑAMIENTO Y CONSEJERÍA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO

La consejería es una técnica de comunicación cuyo objetivo es brindar información a las usuarias sobre sus derechos y sobre los procedimientos para la provisión de un aborto seguro, con la finalidad de acompañarla en la elección del método más adecuado a su contexto y necesidades. Su función es acercar la información para que la usuaria **pueda tomar decisiones libres e informadas y así ejercer sus derechos humanos, sin que se sienta presionada o juzgada.**

Para ello se requiere:

- Conocer las circunstancias específicas de la mujer (o de la persona gestante) y sus sentimientos en cuanto al embarazo
- Brindar seguridad y confianza en situación de aborto

La información necesaria para la elección de un método de aborto es el reconocimiento del estado de salud de la usuaria; las semanas de embarazo; la seguridad, eficacia y costos de los servicios; las habilidades y competencias del profesional que realice el procedimiento; la preferencia personal de la usuaria, el equipo y los medicamentos disponibles. **Es importante tomar en cuenta la condición de movilidad de la usuaria, pues si su periodo de espera en esa localidad es breve, la evacuación endouterina favorece un tratamiento rápido y ambulatorio que a su vez disminuye la probabilidad de requerir revisiones médicas posteriores o atención de emergencia debido a complicaciones (por ejemplo, a causa de un aborto incompleto).**


IMPARCIALIDAD
RESPETO
INTERÉS
LENGUAJE CLARO
CONFIDENCIALIDAD

11. CONSEJERÍA ANTICONCEPTIVA (Ipas CAM, 2020c)

La consejería anticonceptiva es parte indispensable en el proceso de atención médica por alguna consulta ginecológica u obstétrica, incluyendo la atención del aborto y postaborto. Es parte de la atención integral en salud y muchas veces es la única oportunidad que tienen las personas de plantear a un equipo de salud cuestiones sobre su sexualidad. Su objetivo es proveer un método anticonceptivo sin demoras ni dilaciones cuando la persona usuaria lo requieran.

- Asegure la privacidad y confidencialidad de la persona usuaria
- Sea respetuoso con las elecciones, cultura, religión y sexualidad de la persona usuaria
- Escuche activamente y muestre interés
- Ponga atención a las preguntas y necesidades específicas de la persona usuaria
- Use un lenguaje claro que pueda entenderse.
- Evite actitudes y comportamientos críticos, no discuta, no regañe ni le diga a la persona usuaria lo que debe hacer
- Proporcione información científica e imparcial para asegurarse que las personas puedan elegir el método más conveniente.

Métodos anticonceptivos			
	Método	**Vía de Administración/ dosis**	**Prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)**
Hormonales	 Implante	Subdérmico	No
	 Dispositivo intrauterino (DIU) Hormonal	Intrauterino	No
	 Inyectables	Intramuscular	No
	 Parche	Dérmico	No
	 Píldoras	Oral	No
	 Píldora de Anticoncepción de Emergencia	Oral	No

Métodos anticonceptivos			
	Método	**Vía de Administración/ dosis**	**Prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)**
No hormonales	 DIU de cobre	Intrauterino	No
	 Condón de uso interno	Vaginal o anal	Sí
	 Condón de uso externo (masculino)	Dérmico	Sí
Permanentes	 Vasectomía	Quirúrgico	No
	 Ligadura Tubárica o Salpingoclasia	Quirúrgico	No



12. RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PERSONAS MIGRANTES

- Generar estrategias de comunicación que faciliten la comprensión del sistema de salud en México y, en específico, de la frontera sur, requisitos, servicios, ubicación de las distintas unidades y niveles de atención. Esto sirve para eliminar las barreras en el acceso a los servicios relacionadas con la falta de información y comprensión sobre el sistema de salud en las personas migrantes.

- Garantizar una coordinación intersectorial entre diferentes instituciones públicas involucradas en la atención y prevención de la violencia de género y la violencia sexual.

- Establecer un protocolo de referencia y contrarreferencia con el programa estatal de VIH e ITS del estado y el Centro Nacional de Género y Salud Reproductiva, para atender a las personas migrantes con VIH, o bien, para suministrar profilaxis posexposición al VIH y otras ITS.

- Establecer vínculos y comunicación cercanos con organizaciones y albergues de atención a las personas migrantes, para mejorar la canalización y referencia de cualquier necesidad de atención a la salud, particularmente en casos de urgencias médicas, o bien, en los casos en los que las personas migrantes no cuenten con identificación oficial o comprobante de domicilio.

- Sensibilizar y capacitar al personal de salud de distintos niveles de atención en derechos humanos y movilidad humana para eliminar las barreras en la atención a los servicios relacionados con el estigma, la discriminación y la xenofobia.

- Generar programas de atención y respuestas en caso de brotes de enfermedades infecciosas u otras emergencias sanitarias que afectan a las personas migrantes.

- Construir evidencia, es decir, tener una base de conocimientos para abogar por la atención del aborto seguro en contextos de movilidad humana y también para asegurar que el gobierno tenga la información necesaria para diseñar programas de atención del aborto seguro en poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad.

REFERENCIAS

Agencia de la Organización de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). (2020). *Tendencias globales. Desplazamiento forzado en 2019.* https://www.acnur.org/5eeaf5664.pdf

Castañeda, M. (2014). *El principio pro persona. Experiencias y expectativas.* México: Comisión Nacional de Derechos Humanos, https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/libro_principioProPersona.pdf

Colectivo de Observación y Monitoreo de Derechos Humanos en el Sureste Mexicano. (2019). *Informe del monitoreo de derechos humanos del éxodo centroamericano en el Sureste Mexicano: octubre 2018-febrero 2019.* https://vocesmesoamericanas.org/wp-content/uploads/2019/05/InformeExodo_Final-web.pdf

Colectivo de Observación y Monitoreo de Derechos Humanos en el Sureste Mexicano, Red Nacional de Organismos Civiles de Derechos Humanos, Grupo de Trabajo sobre Política Migratoria, Alianza Americas, Mesa de Coordinación Transfronteriza Migraciones y Género. (2020). *Informe de hallazgos de la misión de observación de derechos humanos en la frontera sur de México, agosto-septiembre 2020.* https://gtpm.mx/wp-content/uploads/2020/12/Informe-Final-MODH-2020.pdf

Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (Comar). (2021). Solicitantes por nacionalidad 2019, 2020 y 2021 (personas). https://www.gob.mx/comar/es/articulos/la-comar-en-numeros-273823?idiom=es

Diario Oficial de la Federación (DOF). (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.* México: Secretaría de Gobernación. https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf

Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social (Incide Social) y Sin Fronteras. (2012). *Construyendo un modelo de atención para mujeres migrantes víctimas de violencia sexual en México.* México: Incide Social. https://sinfronteras.org.mx/wp-content/uploads/2018/12/Construyendo-un-modelo-de-atenci%C3%B3n-para-mujeres-migrantes-v%C3%ADctimas-de-violencia-sexual-en-M%C3%A9xico..pdf

Ipas. (2021). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva.* N. Kapp (ed.). Chapel Hill: Ipas.

Ipas Centroamérica y México (Ipas CAM). (2020). *Situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en México y Centroamérica.* México: Ipas CAM. https://ipasmexico.org/pdf/IpasCAM-2020-SituacionSaludDSyR.pdf

_____. (2020b). *Información para la acción: NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.* México: Ipas CAM. https://ipasmexico.org/pdf/IpasCAM-2020-NOM046.pdf

_____. (2020c). *Manual de Consejería anticonceptiva. Guía para fortalecer los servicios de anticoncepción en los sitios de salud.* Managua: Ipas CAM. https://ipasmexico.org/pdf/IpasCAM-2020-ManualConsejeriaAnticonceptiva.pdf

Ipas México. (2020). *Acompañamiento y consejería a mujeres en situación de aborto. Manual para fortalecer la atención en los servicios públicos de salud.* México: Ipas México. https://profesionalesdelasalud.ipasmexico.org/wp-content/uploads/2020/09/Manual-de-Consejeria-a-mujeres-en-situacion-de-aborto-2017_WEB.pdf

_____. (2021). *El aborto como un asunto de salud pública.* México: Ipas México. https://ipasmexico.org/2021/01/20/el-aborto-como-un-asunto-de-salud-publica-2/

Kids in Need of Defense (KIND). (2021). *Root Causes Fact Sheet. Why are Children Leaving Central America and Arriving at the U.S. Border?* https://supportkind.org/wp-content/uploads/2021/05/Root-Causes-Fact-Sheet-7.pdf

Kids in Need of Defense (KIND) y Centro de Derechos Humanos Fray Matías de Córdova. (2017). *Niñez interrumpida: violencia Sexual y por motivos de género contra niñez migrante y refugiada centroamericana.* https://supportkind.org/wp-content/uploads/2017/06/Childhood-Cut-Short-Exec-Summary_Spanish-v.pdf

McGinn, T. y Casey, S. E. (2016). Why Don't Humanitarian Organizations Provide Safe Abortion Services? *Conflict and Health, 10 (8).* https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-016-0075-8

Médicos Sin Fronteras (MSF). (2020). *Sin salida, la crisis humanitaria de la población migrante y solicitante de asilo atrapada entre Estados Unidos, México y el Triángulo Norte de Centroamérica* (TNCA). https://www.msf.mx/sites/mexico/files/attachments/msf-mexico-sinsalida-cast-web_1.pdf

Mino Gracia, S., Zaragoza González, M. y Narro Ibargüengoitia, M. (2019). Las políticas migratorias y su relación con las violencias contra las personas en situación de movilidad: análisis de los delitos y las agresiones. En Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes (REDODEM). *Procesos migratorios en México nuevos rostros, mismas dinámicas. Informe 2018* (pp. 177-205). http://redodem.org/wp-content/uploads/2019/09/REDODEM-Informe-2018.pdf

Moseson, H., Jayaweera R., et al. (2021). Effectiveness of self-managed medication abortion with accompaniment support in Argentina and Nigeria (SAFE): a prospective, observational cohort study and non-inferiority analysis with historical controls. https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(21)00461-7/fulltext#%20

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2019). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020.* https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo.* Argentina: Organización Mundial de la Salud. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual.* Washington, D. C.: OPS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;sequence=1

_____. (s. f.) *Profilaxis posterior a la exposición (PEP).* https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14821:post-exposure-prophylaxis-pep&Itemid=40682&lang=es

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2021). *Informe regional de desarrollo humano 2021. Atrapados: alta desigualdad y bajo crecimiento en América Latina y el Caribe.* https://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/library/human_development/informe-regional-de-desarrollo-humano-2021--atrapados--alta-desi.html

Secretaría de Gobernación, Subsecretaría de Derechos Humanos, Población y Migración, Unidad de Política Migratoria. (2021). Eventos de extranjeros devueltos por la autoridad migratoria mexicana, según país de nacionalidad, enero-diciembre 2019-2020. *Estadísticas migratorias. Síntesis 2020.* http://portales.segob.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadisticas/Sintesis_Graficas/Sintesis_2020.pdf

Secretaría de Salud, Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2021). *Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México.* México: Secretaría de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/646958/LINEAMIENTO_AB_CNEGSR_OPS.pdf

Torrado, S., Montes, R., Arroyo, L., Jiménez, C. y Galindo, J. (2021, agosto). El éxodo silencioso de los haitianos en América Latina. *El País*. https://elpais.com/internacional/2021-08-09/el-exodo-silencioso-de-los-haitianos-en-america-latina.html

Ipas SALUD ACCESO DERECHOS
CAM | Centroamérica y México

www. ipascam.org

www.ipasmexico.org

www.profesionalesdelasalud.ipasmexico.org

www.aulavirtual.ipascam.org

Ipas CAM Ipas_CAM Ipas México Ipas CAM ipas_cam Ipas CAM