9-7-2021

Atención de la salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes: Un mapeo de actores de la sociedad civil en México—2020

Silvana Larrea-Schiavon
Population Council

Lucía Vázquez Quesada
Population Council

Esperanza Basurto-Alcalde

Natalia Polgovsky

Isabel Vieitez Martínez
Population Council

See next page for additional authors

Follow this and additional works at: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh
How does access to this work benefit you? Let us know!

Recommended Citation

Larrea-Schiavon, Silvana, Lucía Vázquez Quesada, Esperanza Basurto-Alcalde, Natalia Polgovsky, Isabel Vieitez Martínez, and Pooja Sripad. 2021. "Atención de la salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes: Un mapeo de actores de la sociedad civil en México—2020." México: Population Council.

This Report is brought to you for free and open access by the Population Council.

Authors

Silvana Larrea-Schiavon, Lucía Vázquez Quesada, Esperanza Basurto-Alcalde, Natalia Polgovsky, Isabel Vieitez Martínez, and Pooja Sripad

Atención de la salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes: Un mapeo de actores de la sociedad civil en México

2020

alianza nacional
andar
por el derecho a decidir

Ilustración por: Valeria García

**POPULATION
COUNCIL**

Ideas. Evidencia. Impacto.

Atención de la salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes: Un mapeo de actores de la sociedad civil en México. 2020.

Equipo de investigación:

Protocolo de investigación, análisis de datos, redacción y/o revisión de informe:

Silvana Larrea-Schiavon*
Lucía Vázquez-Quesada*
Isabel Vieitez Martínez*
Pooja Sripad*

*Population Council.

Coordinación del proyecto, recolección y análisis de datos, redacción y revisión de informe:

Esperanza Basurto-Alcalde, consultora.

Recolección de datos, análisis de datos, y redacción de informe:
Natalia Polgovsky-Ezcurra, consultora.

Recolección de datos (personas pasantes y voluntarias):

Arturo Alamilla, entrevistador.
Ana Regina Nájera, entrevistadora.
Ximena Nateras, entrevistadora.
Iván Coria, entrevistador.
Gemma Hernández, entrevistadora.

Corrección de estilo:

Claudia Martínez.

Ilustración y diseño editorial:

Valeria García.

Agradecimientos:

Agradecemos el esfuerzo realizado por el equipo de investigación, sobre todo a personas pasantes y voluntarias, así como la gran disposición que las personas entrevistadas tuvieron para compartirnos su experiencia, en pleno inicio de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, y por su compromiso constante con las mujeres migrantes y otras poblaciones en movilidad.

Aviso legal:

Se permite la reproducción total o parcial de esta publicación para fines educativos, de investigación y cualquier otro fin libre de lucro, siempre y cuando se cite la fuente.

Cita sugerida:

Larrea-Schiavon Silvana, Vázquez-Quesada Lucía, Basurto-Alcalde Esperanza, Polgovsky Natalia, Vieitez Isabel, and Sripad Pooja. 2021. "Atención de la salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes: Un mapeo de actores de la sociedad civil en México. 2020." México: Population Council.

CONTENIDO

05	<u>Resumen ejecutivo</u>
09	<u>Glosario</u>
12	<u>Introducción</u>
16	<u>Metodología</u>
18	<u>Resultados</u> <u>Perfil de las organizaciones entrevistadas.</u> <u>Servicios brindados para la atención de la SSyR de las mujeres migrantes.</u> <u>Principales barreras para la atención en SSyR a mujeres migrantes.</u> <u>COVID-19, mujeres migrantes y acceso a servicios de SSyR.</u>
32	<u>Conclusiones</u>
35	<u>Áreas de oportunidad</u>
40	<u>Referencias</u>
42	<u>Anexo 1. Nota metodológica</u>

Ilustración por: Valeria García

RESUMEN EJECUTIVO

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Migración, en 2019 hubo un total de 182,940 eventos de personas extranjeras presentadas ante la autoridad migratoria mexicana (de las cuales 33.5% eran mujeres), provenientes de más de 100 países alrededor del mundo. Con respecto al número de personas solicitantes de asilo, entre enero de 2018 y octubre de 2019, se recibieron un total de 90,397 solicitudes, de las cuales 38,117 (42.1%) fueron solicitadas por mujeres. Los datos más recientes informan que entre 60% y 70% de las mujeres migrantes que transitan por México son víctimas de abuso y/o violencia sexual.

En un estudio realizado por Leyva y colaboradores (2015), se identificó que el 40% de las personas migrantes indocumentadas y solicitantes de asilo en México que requieren atención médica no la reciben, y del 60% restante que sí solicita y recibe atención médica, entre 3% y 5% lo hace en los servicios de salud públicos y casi el 90% restante en servicios de salud ofertados en los albergues y casas de migrantes.

No existe suficiente evidencia sobre la situación específica de las mujeres migrantes y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (SSyR) en México, incluso cuando se ha observado que en los últimos años ha aumentado la participación de las mujeres migrantes en los flujos migratorios, con un porcentaje importante de mujeres en edad reproductiva. Por ello, el presente estudio tiene el **objetivo de identificar qué servicios de SSyR están brindando las organizaciones de la sociedad civil a mujeres migrantes indocumentadas, a solicitantes de asilo y a refugiadas en siete estados de la República mexicana.** Además, se pretende recoger la mirada de estos actores clave en torno a **las barreras de acceso a los servicios públicos de SSyR para esta población.** Los sitios de estudio comprenden los estados de Chiapas, Tabasco, Veracruz, Oaxaca, Ciudad de México, Chihuahua y Baja California¹. Estas entidades se eligieron por ser claves en las rutas migratorias conocidas para transitar desde la frontera sur hasta la frontera norte del país.

METODOLOGÍA

El estudio tiene un diseño cualitativo. Durante marzo y hasta julio de 2020 se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas, vía telefónica, a personal de organizaciones de la sociedad civil que trabajan con mujeres migrantes y tocan el tema de SSyR. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Population Council, Inc. (#EX2020009).

HALLAZGOS PRINCIPALES

Se identificó un total de **265 organizaciones** que cumplían con los criterios de inclusión (ej. ser OSCs y trabajar con mujeres migrantes) en los siete estados incluidos en el estudio. Del total de elegibles, se logró entrevistar a 109 organizaciones (41.1%).

Los estados en los cuáles se encontró un mayor número de organizaciones de interés están localizados en ambas fronteras: Chiapas y Baja California. Se identificó un menor número de organizaciones en la región sur del tránsito de las mujeres (Tabasco, Veracruz y Oaxaca).

Mapa de los estados donde se llevó a cabo el estudio.

► Servicios ofertados por las organizaciones

De las 109 organizaciones entrevistadas, 97.2% ofrece el servicio de canalización a otras instituciones para atender la problemática en SSyR de las mujeres migrantes. La temática que se atiende con mayor frecuencia es la atención a mujeres que vivieron violencia sexual, principalmente a través de canalización y referencia de casos (86.2% del total de organizaciones), y solamente 19% de las organizaciones pueden ofrecer atención psicológica directa. Con relación a la interrupción del embarazo y la anticoncepción de emergencia, el 19.2% del total de organizaciones ofrecen información amplia sobre la interrupción del embarazo y 23.8% brindan anticoncepción de emergencia. Finalmente, el 24% indicaron contar con personal médico o con partera con horario amplio en sus instalaciones.

¹El orden en el que se presenta el nombre de las entidades a lo largo del documento corresponde con su lugar en la ruta migratoria de sur a norte.

► Barreras para la atención en SSyR a mujeres migrantes.

Las principales barreras que se identificaron para el acceso a la salud se clasifican en 4 categorías:

1 **Normativas:** implementación subóptima de las políticas nacionales, la desaparición del Seguro Popular, falta de reglas de operación en la implementación del Instituto de Salud para el Bienestar –Insabi– y la penalización del aborto en algunos estados.

2 **Institucionales (servicios de salud):** insuficientes insumos para la atención en los centros de salud y hospitales, cobro de los servicios, el desconocimiento de la normativa referente a la atención de esta población, ausencia de protocolos de referencia formales de los albergues y organizaciones hacia los centros de salud y hospitales, desconocimiento del personal de salud de la NOM-046 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

3 **Organizacionales (OSCs):** falta de recursos económicos, insumos médicos y personal capacitado en las organizaciones, ubicación de los albergues y casas de migrantes.

4 **Individuales (las que son propias de las mujeres migrantes):** desconocimiento y falta de información sobre sus derechos y el funcionamiento del sistema de salud mexicano, miedo a acudir a las unidades de salud y ser denunciadas a las autoridades migratorias, el idioma, la violencia de género ejercida por parte de las parejas afectivas, y ausencia de recursos

► COVID-19, mujeres migrantes y acceso a servicios de SSyR

En general, las organizaciones entrevistadas coincidieron en que la pandemia ahonda las inequidades y barreras previamente existentes para la promoción y atención a la salud de esta población. Las barreras institucionales para la atención a la salud fueron las más mencionadas, como el acceso a las unidades y servicios de salud, negación de servicios de SSyR por reconversión de unidades médicas COVID-19, y el retraso en los procesos migratorios causado

por el cierre de oficinas gubernamentales. Por parte de las OSCs se expresó confusión sobre los pasos a seguir al identificar a una persona migrante con síntomas de COVID-19, así como la necesidad del cierre parcial o total de las instalaciones para evitar contagios y la disminución de insumos y personal médico. Se reportó una mayor reticencia de las mujeres migrantes para acudir a servicios de salud debido al incremento de los costos de la atención, la necesidad de transportarse distancias más largas y el miedo al contagio si acudían a una unidad médica.

ÁREAS DE OPORTUNIDAD

Para impulsar un contexto habilitante para la atención a la salud de mujeres migrantes, la Secretaría de Salud Federal (SSA) y Secretarías de Salud Estatales (SSE), así como el Insabi, deberían de capacitar a todo el personal de las instancias de gobierno que trabajan con población en movilidad sobre la normativa y procedimientos que amparan su atención; realizar ejercicios de investigación operativa para homologar procesos entre dependencias gubernamentales y organizaciones locales e internacionales sobre los requisitos necesarios para que las personas migrantes indocumentadas puedan acceder a los servicios de salud; considerar el tamaño de la población migrante en las jurisdicciones sanitarias para la asignación de presupuestos; destinar recursos para la dotación de insumos y contratación de suficiente personal médico y otro personal que facilite la atención a personas migrantes; así como garantizar la capacitación para proveer servicios de información, prevención y atención en SSyR de calidad y libres de discriminación, incluido el acceso al aborto legal.

Para mejorar los servicios de SSyR se recomienda redoblar esfuerzos para que las mujeres migrantes puedan recibir atención en menor tiempo, considerando su condición de movilidad. Se debe impulsar la promoción de la salud dentro y fuera de las unidades médicas con materiales de difusión en varios idiomas, además de incorporar otras alternativas para la atención, tales como telesalud o herramientas digitales. Acercar a las mujeres migrantes información sobre sus derechos a la salud, y pasos para prevenir, mantener, y atenderla a lo largo de la ruta migratoria.

El contexto de la pandemia de COVID-19 también demostró que es necesario integrar a la población migrante y a las OSCs que trabajan con y para esta población, a los planes de preparación y respuesta en emergencias sanitarias. Esta inclusión debe de hacerse desde una perspectiva de derechos humanos, y considerar presupuesto para su implementación.

A pesar de que la atención a la salud de la población migrante no es responsabilidad de las OSCs, éstas pueden jugar un papel fundamental para brindar información oportuna, de calidad y basada en evidencia sobre SSyR, así como facilitar el acceso a servicios de salud. Por lo que, para las organizaciones, se propone impulsar la articulación entre éstas para la provisión de servicios y la capacitación horizontal, crear una ruta de canalización de casos, formalizar protocolos de referencia y traslado a unidades médicas, contar con un sistema de información electrónico y compartido, además de generar estrategias creativas de difusión de información en SSyR, incluida la legalidad del aborto por violación y las demás causales legales de interrupción del embarazo aplicables en el estado. Para ello, el financiamiento es fundamental, por lo que se hace un llamado a la población en general, a gobiernos estatales y al gobierno federal, a agencias internacionales, y a fundaciones nacionales e internacionales, a reconocer el trabajo de las OSCs y apoyarlas social, económica y políticamente.

GLOSARIO

Ilustración por: Valeria García

GLOSARIO

- **Atención directa de la interrupción del embarazo:**

implica brindar información pública amplia sobre el marco legal (particularmente de la NOM-046), los métodos recomendados por la Organización Mundial de la Salud, y los requisitos para acceder a un servicio legal. Las OSCs no realizan los procedimientos, ni promueven la interrupción del embarazo –pues realizarlo es decisión de la mujer embarazada y de quien ella quiera involucrar al tomarla–. Se diferencia de “difusión de información” en tanto los temas cubiertos son más amplios en esta categoría.

- **Barreras para el acceso a servicios de salud:**

son todas aquellas características individuales, organizacionales, relacionadas con los servicios de salud y contextuales que limitan la accesibilidad a dichos servicios, tal como sucede para la población migrante indocumentada, solicitante de asilo y refugiada, en la mayoría de los países.

- **Lugar del estudio: se priorizaron todos los estados de la República mexicana en tres grandes grupos:**

de alta, media y baja prioridad, de acuerdo con su papel en la ruta de tránsito de las personas migrantes de la frontera sur a la frontera norte. Para este estudio se seleccionaron los siete estados clasificados como de alta prioridad: Chiapas, Tabasco, Veracruz, Oaxaca, Ciudad de México, Chihuahua y Baja California.

- **País de tránsito:** en el contexto de la migración, es el país por el que una persona o grupo de personas pasan en un recorrido hacia el país de destino o desde el país de destino hacia el país de origen o de residencia habitual (OIM, 2019).

- **Persona migrante:** es un término paraguas que se define bajo el derecho internacional, que refleja el entendimiento común de una persona que se mueve de su lugar de residencia usual, dentro o fuera de su país o entre fronteras, temporal o permanentemente, por una variedad de razones (OIM, 2019). Este término incluye a todas las subpoblaciones migrantes.

- **Persona migrante indocumentada:** una persona no nacional que entra o permanece en un país sin la documentación requerida (OIM, 2019).

- **Persona migrante internacional:** cualquier persona que se encuentra fuera del Estado del que es ciudadana

o nacional, o, en el caso de personas sin ciudadanía (stateless), del Estado de nacimiento o residencia habitual (OIM, 2019).

- **Persona solicitante de asilo:** persona que busca protección internacional. En países con procedimientos individualizados, una persona solicitante de asilo es alguien cuyo reclamo aún no ha sido finalmente decidido por el país en el que ha hecho la solicitud. No toda persona solicitante de asilo será finalmente reconocida como refugiada, pero toda persona reconocida como refugiada fue inicialmente solicitante de asilo (OIM, 2019).

- **Población de interés:** mujeres migrantes en tránsito por México; tanto migrantes indocumentadas como en proceso de solicitud de asilo que transitan por el país o viven temporalmente en él.

- **Población entrevistada:** el estudio se enfocó en la realización de entrevistas telefónicas a albergues, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones u organismos internacionales y fundaciones, que brindan algún tipo de atención y/o servicio para las mujeres migrantes, y/o para la población migrante en general.

- **Criterios de inclusión:** ser una organización no gubernamental y trabajar con mujeres migrantes, con población donde ellas estén presentes y/o en salud sexual y reproductiva en las rutas migratorias.

- **Criterios de exclusión:** ser dependiente o parte del gobierno y/o no trabajar con mujeres migrantes.

- **Salud sexual y reproductiva (SSyR):** es el estado de bienestar físico, emocional, psicológico y social con relación a todos los aspectos de la sexualidad y reproducción, y no sólo la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia (Starrs AM et al., 2018). Como parte de este estado de bienestar se incluye la posibilidad de las personas de adoptar decisiones relativas a la reproducción y sexualidad sin sufrir discriminación, coacciones o violencia (OHCHR, 2014).

- **Tipos de servicios para la atención a la SSyR:** las entrevistas hicieron referencia directa a diferentes tipos de servicios que prestan las organizaciones de la sociedad civil para reducir las barreras de acceso a la SSyR de las mujeres migrantes. Los servicios considerados fueron:

- Difusión de información
- Consejería y/o terapia
- Atención directa
- Canalización y/o referencia
- Acompañamiento

• **Servicios de SSyR (temáticos):** las entrevistas hicieron referencia a servicios de SSyR metodología anticonceptiva, prevención y diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS), anticoncepción de emergencia, pruebas de embarazo, interrupción del mismo, atención pre y posnatal, atención del parto, salud menstrual y atención de las mujeres sobrevivientes de violencia sexual; así como a los requisitos de atención, diferenciación de atención de acuerdo con la condición migratoria, población aproximada que atienden y algunas más dirigidas a las estrategias de impacto en disminución de barreras y difusión de información.

INTRODUCCIÓN

Ilustración por: Valeria García

En los últimos años, los movimientos migratorios intrarregionales y extracontinentales desde y hacia los países de Latinoamérica y el Caribe (LAC), se han intensificado (OIM, 2019). Los flujos migratorios más representativos al interior de la región involucran a Chile, Colombia, México, Costa Rica, Ecuador y Panamá. Con la entrada de Donald Trump a la Presidencia de los Estados Unidos (2016), se implementaron nuevas políticas antimigratorias en dicho país y creció la discriminación y xenofobia hacia las personas migrantes. Asimismo, se decidió incrementar la vigilancia y presencia de patrullas fronterizas en la frontera con México.

Es así como la entrada a Estados Unidos desde México se volvió más compleja y, asociado a las dificultades cada vez mayores para acceder a un trabajo y vivir dignamente sin los documentos adecuados, México se convirtió en un país de destino más “sencillo” de alcanzar que los EE. UU. A partir del inicio de la pandemia de COVID-19 en la región, en marzo de 2020, el cruce hacia México y desde ahí a Estados Unidos, se volvió casi imposible. Por ello, muchas personas migrantes cuyo destino inicial era EE. UU. han decidido iniciar su trámite de solicitud de refugio o visa humanitaria en México.

Contexto de la migración en tránsito por México

Debido a la inexistencia de fuentes de información que brinden datos confiables sobre el número de personas migrantes indocumentadas que ingresan y transitan por el país, se utilizaron otras fuentes como proxys a este dato: 1) el número de eventos² de personas extranjeras presentadas ante la autoridad migratoria; y 2) número de solicitudes de asilo en México. Los datos presentados son de 2019, pues se valoró que el 2020, debido a la pandemia de COVID-19, no es un año representativo, más bien un año atípico, para informar sobre la dinámica migratoria en México con respecto a personas migrantes indocumentadas.

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Migración,

en 2019 hubo un total de 182,940 eventos de personas extranjeras presentadas ante la autoridad migratoria mexicana de las cuales:

- ▶ **70.7% eran personas mayores de 18 años.**
- ▶ **33.5% eran mujeres** provenientes de más de 100 países alrededor del mundo.
- ▶ La principal región de origen de las personas migrantes presentadas fue **América Central (84.8%)**. Los tres países con un mayor número de personas migrantes presentadas ante las autoridades fueron **El Salvador, Guatemala y Honduras (UPMRIP, 2019)**.

Con respecto al número de personas solicitantes de asilo, entre enero de 2018 y octubre de 2019, se recibieron un total de 90,397 solicitudes, de las cuales 38,117 (42.1%) fueron solicitadas por mujeres. Como se observa en la Tabla 1, dependiendo de su nacionalidad, entre 60% y 95% de las personas migrantes eran mujeres en edad reproductiva³ (Asylum Access, 2020).

Durante su tránsito las mujeres se encuentran en un mayor riesgo que los hombres de sufrir distintas violencias y violaciones a sus derechos humanos, por lo que tienden a buscar rutas y medios de transporte más “seguros” (Willers S., 2016).

Migración y salud sexual y reproductiva (SSyR)

El proceso migratorio es reconocido como un determinante en la salud de las personas migrantes. El impacto en la salud se da en las cinco fases del proceso migratorio: origen, preparación, tránsito, destino y en el retorno voluntario o devolución por parte de las autoridades migratorias del país de destino. La salud sexual y reproductiva se refiere a un estado de bienestar en todo lo relacionado a la sexualidad y sistema reproductor – y no sólo la ausencia de enfermedad, disfunción, o dolencia (Starrs AM, et al, 2018). Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos que se relacionan con el logro de bienestar en estos aspectos. Incluyen el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción y sexualidad sin sufrir discriminación, coacciones o violencia (OHCHR, 2014).

²Una misma persona puede tener varios eventos de presentación ante la autoridad migratoria, por lo que el total de eventos pudiese no representar el total de personas.

³De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las mujeres en edad reproductiva son aquellas de entre 15 y 44 años de edad.

Tabla 1. Edad y sexo de las personas solicitantes de asilo provenientes de los diez principales países de origen.

Nacionalidad	Total n	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Promedio de edad de las mujeres n (±DE)	Promedio de edad de los hombres n (±DE)	Mujeres en edad reproductiva (15-44 años) n (%)
Honduras	40,914	17,231 (42.1)	23,683 (57.8)	21.4 (±13.5)	23.1 (±13.2)	10,563 (61.3)
El Salvador	14,235	5,777 (40.5)	8,458 (59.4)	24.2 (±13.9)	25.3 (±13.2)	3,816 (66.6)
Venezuela	12,721	6,512 (51.1)	6,209 (48.8)	31.2 (±16.1)	29.3 (±14.6)	4,299 (66.0)
Cuba	7,156	2,453 (34.2)	4,703 (65.7)	30.5 (±11.2)	32.5 (±9.7)	2,017 (82.2)
Guatemala	4,470	1,919 (42.9)	2,551 (57.0)	22.3 (±14.3)	25.1 (±14.3)	1,120 (58.3)
Haití	4,464	1,921 (43.0)	2,543 (56.9)	27.2 (±10.2)	29.9 (±10.1)	1,604 (88.4)
Nicaragua	3,284	1,047 (31.8)	2,237 (68.1)	25.3 (±13.9)	29.1 (±12.7)	697 (66.5)
Colombia	643	291 (45.2)	352 (54.7)	29.6 (±14.9)	29.6 (±15.8)	187 (64.2)
Brasil	479	229 (47.8)	250 (52.1)	–	–	–
Camerún	318	94 (29.5)	224 (70.4)	29.8 (±7.0)	31.0 (±7.3)	89 (94.6)

Fuente: Creado por las autoras con información de enero de 2018 a octubre de 2019 de la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR).

Durante el proceso migratorio, las mujeres migrantes se encuentran en una situación de triple desventaja: por ser migrantes, en su mayoría indocumentadas; por ser mujeres en contextos altamente violentos y, para algunas de ellas, por ser mujeres indígenas o racializadas negras. Los datos más recientes (2019) informan que 14.2% de las mujeres migrantes que transitan por México son víctimas de violación (Leyva et.al., 2019). Las mujeres indígenas o racializadas negras son además discriminadas y mayormente vulneradas en su intento por transitar el país (Morley et al., 2021). Estas situaciones ponen a las mujeres en riesgo de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y problemas de salud mental (Infante C. et al., 2013).

Por otro lado, diversos estudios han reportado la diferencia entre mujeres migrantes y no migrantes en los países de destino, respecto al acceso a servicios de salud y resultados de éste. Por ejemplo, un estudio realizado por el Commonwealth Fund en 2018, identificó que un menor porcentaje de mujeres inmigrantes en edad reproductiva, en comparación con las mujeres nacidas en EE. UU., utilizó los servicios de SSyR, incluida la atención anticonceptiva, la prueba de Papanicolaou y la detección y vacunación contra la hepatitis B (Hasstedt K et al., 2019). También se ha observado un mayor porcentaje de complicaciones graves durante el embarazo (diabetes gestacional y enfermedad del embarazo hipertensivo) y mortinatos entre las mujeres migrantes en

comparación con las mujeres no migrantes (Bartsch E. et al., 2015; Keygnaert I. et al., 2014; Urquia M. L. et al., 2014). En lo que concierne al presente estudio, en México y LAC aún no hay suficiente evidencia sobre el impacto del factor migración en la SSyR de las mujeres migrantes.

Para lograr el máximo grado de cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes indocumentadas y solicitantes de asilo se requiere la implementación de políticas públicas en migración con enfoque de derechos humanos, así como la cooperación y coordinación constante entre la sociedad civil, los servicios de salud y el Estado.

Si bien México cuenta con un marco legal migratorio que parte de una perspectiva de derechos humanos y en su Constitución establece explícitamente que las personas tienen derecho al acceso a la salud en el país independientemente de su condición migratoria, el ejercicio más reciente de esta política no ha correspondido con esto. En un estudio realizado por Leyva y colaboradores, se identificó que 60% de las personas que tienen una necesidad de salud solicitan atención médica; 93-95% de ellas lo hacen en albergues y casas para migrantes.

Lo anterior indica que existen barreras que limitan notablemente el acceso a los servicios de salud de las

personas migrantes indocumentadas y solicitantes de asilo en México y que son las organizaciones de la sociedad civil las que están brindando los servicios de salud a esta población.

Aún cuando existen diversos estudios que exploran las barreras para acceder a los servicios de salud de las personas migrantes, no existe suficiente evidencia sobre la situación específica de las mujeres migrantes y el acceso a los servicios de SSyR en México, pese a que en los últimos años se ha observado un aumento en la participación de las mujeres migrantes en los flujos migratorios, con un porcentaje significativo de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años). Por ello, los objetivos del presente estudio son:

- a. Conocer el perfil de las organizaciones y los servicios que están otorgando en México para atender las necesidades de SSyR en torno al embarazo (prevención, interrupción, continuación y parto) entre mujeres, adolescentes y niñas en edad reproductiva que se encuentran en tránsito por el país y que ingresaron al mismo de forma irregular.
- b. Identificar las necesidades y barreras percibidas por estas organizaciones relativas al acceso a servicios de SSyR en torno al embarazo (prevención, interrupción, continuación y parto) entre mujeres, adolescentes y niñas en edad reproductiva que se encuentran en tránsito por el país y que ingresaron al mismo de forma irregular.

Nota de campo

Las personas que llegan huyendo de persecución en sus países de origen muchas veces no es su primera preocupación su salud. Hay otras muchas preocupaciones primero. Ellas huyen de la pandilla que mató a su hermano, de su expareja; entonces muchas veces las preocupaciones principales son dónde voy a dormir y qué voy a comer.

-Organización, Tabasco

METODOLOGÍA

Ilustración por: Valeria García

El estudio tiene un diseño cualitativo y usa entrevistas semiestructuradas, vía telefónica, a personal de organizaciones de la sociedad civil que trabajan con mujeres migrantes y tocan el tema de SSyR. Para una descripción amplia de la metodología del estudio y sus limitaciones ver el Anexo 1.

Los sitios de estudio comprenden los estados de Chiapas, Tabasco, Veracruz, Oaxaca, Ciudad de México, Chihuahua y Baja California. Estos estados se eligieron por ser clave en el tránsito migratorio desde la frontera sur hasta la frontera norte del país.

Mapa de los estados donde se llevó a cabo el estudio.

La muestra de organizaciones se realizó a conveniencia con un reclutamiento de participantes a través de entrevistas a especialistas, método en bola de nieve y por búsqueda intencionada en internet. Las personas entrevistadoras fueron capacitadas para realizar las entrevistas. La entrevista no fue audio grabada, por lo que la recolección de datos se hizo al momento de la entrevista con notas de campo y a través de un vaciado en una máscara de captura generada previamente en Excel. A pesar de que el estudio fue cualitativo, se presenta una caracterización cuantitativa de las organizaciones y de los servicios de SSyR que ofrecen, con la intención de mostrar un panorama sobre el tipo de organizaciones entrevistadas, qué servicios ofrecen y en qué estado. Sin embargo, no se realizó la recolección de datos a través de un cuestionario. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Population Council, Inc (#EX2020009).

La recolección de datos se realizó entre febrero y julio de 2020

El periodo de recolección de datos corresponde con el inicio de la Jornada Nacional de Sana Distancia implementada por las autoridades sanitarias del país como medida para reducir contagios del coronavirus SARS-CoV-2, causante de COVID-19. Esta circunstancia contextualiza la recolección de datos (ej. dificultad para contactar a personal de OSCs en oficinas), y los hallazgos obtenidos.

Reconocer las limitantes del estudio permite tomar con cautela las conclusiones que de él se derivan. Los hallazgos de este estudio cualitativo presentan un panorama de un momento dado, y no reflejan la dinámica en los territorios. El mapeo de actores no es exhaustivo, por lo que los resultados se limitan a la información recolectada entre las organizaciones que se logró identificar y contactar. Las entrevistas a distancia pueden empobrecer la vinculación con la o el respondiente (rapport) y limitar la profundización de las respuestas, sobre todo cuando se tocan temas como la SSyR. Relacionado con esto, dado que la recolección de datos no se hizo en territorio, las investigadoras no cuentan con la información que aporta el contexto, la experiencia y la observación cuando los datos se recolectan de forma presencial –en campo–.

Por otro lado, el contexto de pandemia en que se realizaron las entrevistas también pudo influir en la respuesta (y no respuesta) de las personas entrevistadas o invitadas a participar

Además, dado que algunas organizaciones (sobre todo feministas) trabajan no sólo con población migrante, es posible que una proporción de las problemáticas reportadas no sean específicas o exclusivas de las mujeres migrantes (por ejemplo, la poca disponibilidad de centros de salud durante la pandemia o el estigma en torno a la interrupción del embarazo); y, dado que no se hizo una definición operativa de los tipos de servicios prestados (ej. información, consejería, referencia, acompañamiento), no se puede asegurar que las y los respondientes tengan una definición estandarizada de los mismos. Por último, debido al diseño del instrumento de recolección de información, tampoco fue posible analizar la frecuencia, integralidad, y calidad (o negación) de los servicios otorgados por las organizaciones.

A pesar de estas limitaciones, el estudio presenta hallazgos relevantes y poco estudiados previamente sobre la atención a la SSyR de las mujeres migrantes indocumentadas en tránsito por México brindada por las organizaciones de la sociedad civil, quienes son puntos de primer contacto.

RESULTADOS

Ilustración por Valeria García

A través de búsqueda intencionada se identificó un total de 265 organizaciones que cumplieron con los criterios de inclusión en los siete estados. Del total de elegibles, se logró entrevistar a 109 organizaciones (41.1%). La mayor parte de las OSCs encontradas por búsqueda dirigida se localizan en Chiapas y Baja California (ver Tabla 2). La Figura 1 muestra la representación geográfica de los estados con base en el número de organizaciones que trabajan temas de SSyR con mujeres migrantes identificadas en el estudio⁴.

Tabla 2. Organizaciones entrevistadas por estado. México, 2020.

ESTADO	ENTREVISTAS COMPLETAS / ORGANIZACIONES EN EL ESTADO n
Chiapas	31 (50.0)
Baja California	28 (40.5)
Ciudad de México	15 (35.7)
Chihuahua	11 (39.2)
Veracruz	9 (27.2)
Tabasco	9 (64.2)
Oaxaca	6 (37.5)
TOTAL	109

Perfil de las organizaciones entrevistadas

De las 109 organizaciones entrevistadas, 69 son organizaciones (63.3%), 35 albergues (32.1%), 1 refugio (0.9%) y 4 colectivas (3.6%). En cuanto al ámbito de acción, 61 son organizaciones locales (55.9%), 24 organizaciones con trabajo a nivel nacional (22.0%), 21 organizaciones internacionales (19.2%) y 3 son organizaciones binacionales (2.7%). Asimismo, 80 organizaciones se autodefinen como laicas (73.3%) y 28 como feministas o parte del movimiento de mujeres (25.6%) (ver Gráfica 1).

19

Gráfica 1. Porcentaje de organizaciones de acuerdo con su tipo y ámbito de acción. México, 2020.

Fuente: Creado por las autoras con información propia.

Servicios brindados para la atención de la SSyR de las mujeres migrantes

Las organizaciones entrevistadas no requieren ningún documento de identificación oficial para recibir a las mujeres migrantes en sus instalaciones. Del total de organizaciones entrevistadas, 97.2% ofreció el servicio de canalización a otras instituciones para atender la necesidad o problemática en SSyR de las mujeres migrantes. Las referencias las realizaron principalmente a centros de salud públicos y privados, a consultorios privados y a otras OSCs que pudieran proveer estos servicios a las mujeres. 77.9% ofreció servicios de acompañamiento para las mujeres que requieren algún servicio de SSyR –sobre todo en Chiapas y Tabasco–. Además, 69.7% de las organizaciones dieron consejería a las mujeres sobre estos temas y 64.2%

Nota de campo
No es lo mismo migrar, que migrar
siendo mujer.
-Organización, Chiapas

difundieron información sobre temas relacionados con la SSyR. Aproximadamente 60% de las OSCs ofrecieron atención directa a la salud en sus instalaciones (ver Gráfica 2 y Tabla 3).

Gráfica 2. Tipo de servicio de salud sexual y reproductiva ofertado por las organizaciones entrevistadas. México, 2020.

Fuente: Creado por las autoras con información propia.
Nota: La falta de información en acompañamiento se debe a que en las 14 entrevistas realizadas en la fase inicial del estudio (febrero y marzo de 2020), no se preguntó específicamente sobre el servicio de acompañamiento.

Tabla 3. Tipo de servicio de salud sexual y reproductiva más y menos ofertados por las organizaciones entrevistadas. México, 2020.

Estado		Servicio de salud sexual y reproductiva ofertados
Chiapas		Los servicios que más se brindan son los de canalización y acompañamiento en los temas de cuidados maternos, atención a sobrevivientes de violencia sexual, infecciones de transmisión sexual y salud menstrual.
	El servicio que menos se brinda es la atención directa en anticoncepción de emergencia, interrupción del embarazo y atención del parto.
Tabasco		Los servicios que más se brindan son canalización, acompañamiento y consejería en métodos anticonceptivos, cuidados maternos, salud menstrual, infecciones de transmisión sexual y atención a sobrevivientes de violencia sexual.
	El servicio que menos se brinda es el de atención directa en cuidados maternos (atención prenatal, del parto y posnatal) e interrupción del embarazo.
Veracruz		El servicio más ofertado es la canalización y referencia para anticoncepción de emergencia, pruebas de embarazo, atención prenatal y del parto y atención a sobrevivientes de violencia sexual.
	Los servicios menos ofertados son la difusión de información, consejería y atención directa en métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia, interrupción del embarazo, cuidados maternos e infecciones de transmisión sexual.
Oaxaca		Los servicios más ofertados son difusión de información y consejería en los temas de métodos anticonceptivos, atención prenatal y atención a sobrevivientes de violencia sexual.
	Los servicios menos ofertados son los de atención directa y acompañamiento en los temas de anticoncepción de emergencia, pruebas de embarazo, interrupción del embarazo y salud menstrual.
Ciudad de Mexico		Los servicios más ofertados son difusión de información y canalización en los temas de métodos anticonceptivos, atención a sobrevivientes de violencia sexual, infección de transmisión sexual e interrupción del embarazo.
	Los servicios menos ofertados son la atención directa y acompañamiento en los temas de métodos anticonceptivos, infección de transmisión sexual y anticoncepción de emergencia.
Chihuahua		Los servicios más ofertados son los de canalización y difusión de información sobre métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y atención a sobrevivientes de violencia sexual.
	Los servicios menos ofertados son el de atención directa y acompañamiento en interrupción del embarazo, anticoncepción de emergencia y cuidados maternos.
Baja California		Los servicios más ofertados son canalización y difusión de información en métodos anticonceptivos, pruebas de embarazo, interrupción del embarazo, cuidados maternos, infecciones de transmisión sexual y atención a sobrevivientes de violencia sexual.
	Los servicios menos ofertados son el acompañamiento y consejería en anticoncepción de emergencia, pruebas de embarazo y atención del parto y postparto.

Cuando se hace el cruce entre tipo de servicio (difusión de información, consejería, atención directa, canalización y/o referencia y acompañamiento) y temática de SSyR en la cual se ofertó este servicio, se identifica que los tres principales temas sobre los cuales se difundió información en las organizaciones fueron métodos anticonceptivos, atención a sobrevivientes de violencia sexual e infecciones de transmisión sexual. Con respecto a los tres principales temas sobre los cuáles se brindó consejería, se mencionó la atención a sobrevivientes de violencia sexual, métodos anticonceptivos y atención prenatal. La atención directa brindada por las organizaciones se concentró alrededor de: atención a sobrevivientes de violencia sexual, métodos

anticonceptivos y salud menstrual. La canalización y referencia se brindó sobre todo para sobrevivientes de violencia sexual, atención del parto, atención prenatal y pruebas de embarazo. Por último, el acompañamiento se dio principalmente a mujeres sobrevivientes de violencia sexual, para atención del parto y atención prenatal. Los tres servicios que se brindaron con menor frecuencia fueron interrupción del embarazo, anticoncepción de emergencia y atención del postparto. En cuanto a la interrupción del embarazo debe considerarse que para la selección de participantes se tuvo especial atención en incluir organizaciones que trabajan SSyR de mujeres, muchas de ellas feministas y/o de movimientos de mujeres (ver Tabla 4).

Tabla 4. Porcentaje de organizaciones que ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva, por tema y tipo de servicio ofertado. México, 2020.

	Difusión de información	Consejería	Atención directa	Canalización y referencia	Acompañamiento
Métodos anticonceptivos n (%)	57 (52.2)	54 (49.5)	49 (44.9)	74 (67.8)	40 (36.6)
Infecciones de transmisión sexual n (%)	48 (44.0)	47 (43.1)	29 (26.6)	73 (66.9)	47 (43.1)
Anticoncepción de emergencia n (%)	34 (31.1)	42 (38.5)	26 (23.8)	62 (56.8)	42 (38.5)
Pruebas de embarazo n (%)	40 (36.6)	45 (41.2)	36 (33.0)	78 (71.5)	40 (36.6)
Interrupción del embarazo n (%)	34 (31.1)	40 (36.6)	21 (19.2) *	62 (56.8)	30 (27.5)
Atención prenatal n (%)	40 (36.6)	47 (43.1)	27 (24.7)	78 (71.5)	53 (48.6)
Atención del parto n (%)	31 (28.4)	43 (39.4)	13 (11.9)	82 (75.2)	58 (53.2)
Atención del postparto n (%)	34 (31.1)	39 (35.7)	22 (20.1)	67 (61.4)	50 (45.8)
Salud menstrual n (%)	38 (34.8)	41 (37.6)	41 (37.6)	63 (57.7)	46 (42.2)
Atención a sobrevivientes de violencia sexual n (%)	57 (52.2)	72 (66.0)	72 (66.0)	94 (86.2)	78 (71.5)

Fuente: Creado por las autoras con información propia.

Nota: Verde oscuro: el servicio es ofertado por 70% de las organizaciones entrevistadas; verde intermedio: el servicio es ofertado por entre 36% - 69% de las organizaciones entrevistadas; verde claro: el servicio es ofertado por <36% de las organizaciones entrevistadas.

*La atención directa en el tema de interrupción del embarazo consiste en brindar información pública amplia sobre el marco legal (particularmente de la NOM-046), los métodos recomendados por la Organización Mundial de la Salud, y los requisitos para acceder a un servicio legal. Las OSCs no realizan los procedimientos, ni promueven la interrupción del embarazo –pues realizarlo es decisión de la mujer embarazada y de quien ella quiera involucrar al tomarla-. Se diferencia de “difusión de información” en tanto los temas cubiertos son más amplios en esta categoría.

La atención a sobrevivientes de violencia sexual es el tipo de atención que más ofrecieron las organizaciones entrevistadas. 19% de las organizaciones indicó brindar atención psicológica a través de psicólogas/os que forman parte de sus equipos de trabajo. 14% mencionó aplicar elementos de primeros auxilios psicológicos (primera escucha y contención emocional), posterior a lo cual refieren a las mujeres a organizaciones especializadas o a unidades de salud. 16% de las entrevistadas especificaron contar

con kits de profilaxis postexposición, lo cual les permite tratar a las mujeres sobrevivientes de violencia sexual en las primeras 72 horas desde transcurrida la agresión. 8% de las organizaciones indicó contar con un protocolo de actuación específico para sobrevivientes de violencia sexual. Por último, 6% de las organizaciones cuenta con atención jurídica. Es relevante señalar que casi 4 de cada 10 OSCs no especificaron qué tipo de atención ofrecen a las mujeres sobrevivientes de violencia sexual, aún cuando manifestaron

Además, si la mujer es atendida en una OSCs, es poco probable que ésta tenga todos los recursos para ofrecer a la mujer una atención integral (ej. primeros auxilios psicológicos, anticoncepción de emergencia, profilaxis post-exposición para prevenir infección por VIH; interrupción legal del embarazo; asesoría legal; opción de refugio si es que lo requiere; atención psicológica y seguimiento), por lo que se recurre a canalización a servicios de otras OSCs o de los servicios públicos de salud. De igual forma, la movilidad de la población impide muchas veces brindar atención integral.

Sobre la presencia de personal de salud en sus instalaciones, el 54% de las organizaciones indicó que no cuenta con ningún perfil de personal de salud en sus equipos de trabajo, 24% dijo contar con personal médico o con partera con horario amplio, 6% con personal médico o partera de manera voluntaria, 2% con personal médico o partera con horario reducido y en igual proporción solo para emergencias (2%). Finalmente, 12% indicó contar con otro personal de salud de base, en su gran mayoría en el área de psicología (ver Gráfica 3).

Personal de Saúde	Porcentagem
Sin personal médico	54
Médico/a o partera con horario ampliado	24
Médico/a o partera con horario reducido	2
Médico/a o partera para emergencias	2
Médico/a o partera voluntaria/o	6
Otro personal de salud de base	12
Otro personal de salud voluntario	1

Principales barreras para la atención en SSyR a mujeres migrantes.

Normativas: barreras relacionadas con la legislación, políticas y normatividad que aplican tanto a la población migrante (marco restrictivo para la atención), como a las instituciones de salud.

Institucionales: impedimentos estructurales de la institución de salud que brinda o debería brindar los servicios.

Organizacionales: impedimentos estructurales de la organización de la sociedad civil que brinda los servicios.

Individuales: obstáculos derivados de la condición socioeconómica, cultural y subjetiva de las personas migrantes.

Las principales barreras normativas percibidas por las OSCs entrevistadas relacionadas con el acceso a servicios de SSyR para mujeres migrantes fueron:

Barreras Normativas:

Barreras relacionadas con la legislación, políticas y normatividad que aplican tanto a la población migrante (marco restrictivo para la atención), como a las instituciones de salud.

1

La implementación subóptima a nivel local de las políticas nacionales relacionadas con el derecho al acceso a la salud para la población migrante, resultando en negación o retraso de la atención. Como ejemplo principal, las organizaciones identifican la confusión que genera entre prestadores del servicio de salud, OSCs y personas migrantes, la desaparición del Seguro Popular y la implementación del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), sin aún reglas claras de operación -al momento de las entrevistas.

2

La insuficiencia de recursos económicos a nivel de las instituciones de salud para la atención de la población migrante. Esto se relaciona a la ausencia de un censo de población que incluya a las personas migrantes en tránsito por estos estados. Además, las consultas y atenciones brindadas a las mujeres migrantes no se registran en los sistemas de información, por lo cual se desconocen las necesidades principales en salud. En conjunto, esta falta de información tiene como consecuencia que no se soliciten los insumos indispensables para atender las necesidades de SSyR de la población que busca atención -incluida la migrante.

3

Legislación e implementación en materia de prestación de servicios de SSyR: a) la interrupción del embarazo es restrictiva. Sin embargo, incluso cuando la interrupción se solicita por causales legales, el acceso al servicio no siempre es oportuno o posible, pues hay dilaciones en la prestación. De igual forma, la normativa en salud genera dificultades para registrar a una persona recién nacida si la mujer es atendida por una partera -como puede suceder con las mujeres migrantes que prefieren este personal para su atención.

Con respecto a las instituciones de salud, las barreras se pueden subclasificar en: A) estructurales y de recursos de la institución, B) del personal de salud, y C) protocolos de atención a personas migrantes. La barrera de insuficiencia de recursos antes mencionada tiene un impacto directo en las instituciones de salud. Como se mencionaba, la falta de presupuesto adecuado genera un desbalance entre recursos y necesidades de la población, se precariza la atención de todas las personas usuarias de los recursos en salud, y las condiciones laborales de quienes han de velar por ella. Este contexto es caldo de cultivo para actitudes de discriminación y atención inadecuada hacia las personas migrantes en los servicios de salud pública. Lo que genera la necesidad de acompañar a las mujeres migrantes para que reciban o mejore la atención.

Nota de campo

Hay legislación estatal sobre aborto, política referente a la aplicación de leyes, además de que existe persecución y acusación del personal de salud que lo realiza.

-Organización Chihuahua

Barreras Institucionales:

impedimentos estructurales de la institución de salud que brinda o debería brindar los servicios.

A) Estructura y recursos de la institución

B) Personal de Salud

Las principales barreras asociadas a la estructura y recursos de la institución fueron:

Sobre el personal de salud, se mencionaron barreras relacionadas con:

- 1** La falta de insumos para la atención (medicamentos, insumos médicos para la atención de la SSyR –métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia– y material de curación)
- 2** Saturación de los servicios, que lleva a tiempos de espera muy prolongados para recibir la atención.
- 3** Inaccesibilidad geográfica, ya que las unidades de salud (en algunas ocasiones) se encuentran alejadas de albergues, casas de migrantes o asentamientos informales donde se reúnen las mujeres migrantes, además de la baja disponibilidad de medios de transporte para trasladarse hacia las unidades de salud.
- 4** Infraestructura de algunas unidades de salud, que no permiten una atención integral.
- 5** El cobro (indebido) de atención y tratamiento de algunas condiciones de SSyR como los métodos anticonceptivos, las infecciones de transmisión sexual y la atención a mujeres embarazadas.
- 6** La ausencia de información práctica para mujeres migrantes en las unidades de salud.

- 1** El desconocimiento de la normativa nacional sobre el derecho al acceso a los servicios de salud para población migrante, por lo cual se niegan a atender a mujeres migrantes que acudan sin documentos a la unidad de salud, así como desconocimiento de la NOM-046 (Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención) salud, así como desconocimiento de la NOM-046 (Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención).
- 2** Falta de sensibilización del personal de salud y actitudes discriminatorias hacia las mujeres migrantes.
- 3** Ausencia de capacitación del personal en perspectiva de género y habilidades interculturales; aunado al ejercicio constante de violencia obstétrica hacia las mujeres migrantes.

C) Las barreras relacionadas con los protocolos de atención:

- 1** Constantes cambios del personal general y administrativo, es decir, hay mucha rotación del personal en las unidades de salud, lo cual dificulta dar seguimiento a acuerdos y avances en proyectos en conjunto con organizaciones de la sociedad civil.
- 2** La necesidad de que las mujeres migrantes o refugiadas vayan acompañadas por personal de las OSCs a las unidades de salud para que las atiendan.
- 3** La necesidad de tener un contacto o punto focal aliado (es decir en disposición de recibir a esta población) en las unidades médicas, sobre todo hospitales, para facilitar la atención.
- 4** Procesos de atención burocráticos y lentos.
- 5** Falta de reconocimiento de las parteras tradicionales como prestadoras del servicio (esto se relaciona con la barrera normativa).
- 6** La ausencia de protocolos de capacitación y sensibilización del personal de salud tanto en temáticas relacionadas directamente con la migración como en la interrupción del embarazo, y atención integral a las personas sobrevivientes de violencia sexual.

Barreras individuales: obstáculos derivados de la condición socioeconómica, cultural y subjetiva de las personas migrantes.

- 1** El desconocimiento, desorientación y falta de información de las mujeres migrantes con respecto a sus derechos, pero también con respecto al sistema de salud mexicano.
- 2** La imposibilidad de pagar los servicios o insumos médicos que no son brindados de forma gratuita por las unidades de salud.
- 3** Miedo a acudir a las unidades de salud por la posibilidad de ser denunciadas a las autoridades migratorias.
- 4** El idioma y necesidad de traducción⁵.
- 5** La presencia de roles de género inequitativos y violencia de género por parte de las parejas afectivas con las que viajan las mujeres, pues en ocasiones la pareja afectiva es el perpetrador y, además, decide si la mujer irá o no a los servicios de salud a atenderse.
- 6** La normalización de la violencia sexual y su re significación a “sexo transaccional”, tanto por parte de las mujeres migrantes como por algunas OSCs e instituciones de gobierno.
- 7** La presencia de tabúes de las mujeres migrantes relacionados con la SSyR.
- 8** La ausencia de redes de apoyo durante su tránsito.
- 9** La condición de movilidad que por un lado, limita la disposición de las mujeres de ir a la unidad de salud, sobre todo si los tiempos de atención son muy prolongados y, por otro, dificulta el seguimiento y continuación de la atención, en caso de darse.

Se identificaron barreras específicas para la atención a sobrevivientes de violencia sexual e interrupción del embarazo en esta categoría. En el primer caso, la barrera identificada es que el protocolo de atención en unidades de salud es lento, poco respetuoso y revictimizante de las sobrevivientes de violencia sexual, por lo que en estos casos prefieren acudir a OSCs que tengan la capacidad y recursos para atenderlas. Para el caso de la interrupción del embarazo, las barreras identificadas fueron el desconocimiento del personal de salud sobre la NOM-046 (que hace innecesaria la denuncia por violación para acceder al servicio de aborto legal), así como la presencia de creencias personales y religiosas y de personas objetoras de conciencia dentro de las unidades de salud, provocando retrasos en el procedimiento y estigmatización a quienes no tienen estas objeciones.

Las barreras identificadas para las organizaciones de la sociedad civil que ofrecieron servicios de SSyR se centran en la falta de recursos, tanto económicos como de insumos médicos y de personal de salud capacitado en sus instalaciones. Las temáticas en las que se identificó una mayor ausencia de recursos fueron la atención a sobrevivientes de violencia sexual, métodos anticonceptivos (fuera de los preservativos masculinos), y la anticoncepción de emergencia. También se señaló la ubicación de los albergues y casas de migrantes, que en ocasiones se encuentran apartados no solo de las unidades de salud sino también de organizaciones internacionales que tienen la capacidad de atender algunas necesidades de salud de las mujeres migrantes. Por último, se mencionó la naturaleza religiosa de muchas organizaciones

de la sociedad civil, que puede llegar a ser una barrera para acceder a anticoncepción de emergencia e interrupción del embarazo.

El último grupo de barreras son las individuales. Dentro de esta categoría, las organizaciones de la sociedad civil mencionaron 1) el desconocimiento, desorientación y falta de información de las mujeres migrantes con respecto a sus derechos, pero también con respecto al sistema de salud mexicano; 2) la imposibilidad de pagar los servicios o insumos médicos que no son brindados de forma gratuita por las unidades de salud; 3) miedo a acudir a las unidades de salud por la posibilidad de ser denunciadas a las autoridades migratorias; 4) el idioma y la necesidad de traducción; 5) la presencia de roles de género inequitativos y violencia de género por parte de las parejas afectivas con las que viajan las mujeres, pues en ocasiones la pareja afectiva es el perpetrador y, además, decide si la mujer irá o no a los servicios de salud a atenderse; 6) la normalización de la violencia sexual y su re significación a “sexo transaccional” tanto por parte de las mujeres migrantes como por algunas OSCs e instituciones de gobierno; 7) la presencia de tabúes de las mujeres migrantes relacionadas con la SSyR; 8) la ausencia de redes de apoyo durante su tránsito; y 9) la condición de movilidad que por un lado, limita la disposición de las mujeres de ir a la unidad de salud, sobre todo si los tiempos de atención son muy prolongados y, por otro, dificulta el seguimiento y continuación de la atención, en caso de darse.

COVID-19, mujeres migrantes y acceso a servicios de SSyR

El estudio se desarrolló durante la compleja coyuntura de la pandemia de COVID-19. La Jornada Nacional de Sana Distancia, en la que se recomendó no salir de casa, se decretó el 23 de marzo y se finalizó (a nivel nacional) el 30 de mayo del 2020. A partir de entonces, y con base en una semaforización estandarizada, cada estado es responsable de emitir las medidas sanitarias correspondientes al riesgo de infección en la entidad. En el estudio se incluyó una pregunta sobre cómo la pandemia de COVID-19 ha afectado el acceso a los servicios de SSyR de las mujeres migrantes a partir de mayo⁶.

En general, las organizaciones entrevistadas coincidieron en que la pandemia ahonda las inequidades y barreras previamente existentes para la promoción y atención a la salud de esta población. La narrativa que construye a la población migrante como un vector de enfermedad y, por tanto, un riesgo sanitario, encuentra eco en esta pandemia, lo que exacerba actitudes xenófobas previamente existentes en algunas poblaciones (sobre todo las fronterizas).

Nota de campo
Todas las mujeres conocen anticonceptivos y no los usan, es más cultural que desconocimiento.
-Albergue, Chihuahua

A continuación, se profundiza sobre las distintas barreras identificadas en los siete estados incluidos en el estudio que se relacionan con la pandemia de COVID-19.

a. Barreras institucionales

Las barreras institucionales para la atención a la salud fueron las más mencionadas por las organizaciones en los siete estados del estudio. El acceso a las unidades y servicios

Nota de campo
No, no, no, [dicen las personas], si son migrantes pueden traer coronavirus.

-Albergue, Baja California

de salud, y el retraso en los procesos migratorios (ej. solicitudes de asilo) causado por el cierre de oficinas gubernamentales como la COMAR, son problemáticas destacadas. Puntualmente, las organizaciones reportaron que:

- Hay unidades médicas cercanas a los albergues u organizaciones que sólo brindan servicios relacionados con la atención a COVID-19 ("Centros COVID"), por lo que se ha incrementado la negación de servicios para otras atenciones, incluida la SSyR.
- La barrera de acceso puede ser particular para la población migrante incluso para el tratamiento de dicha enfermedad en los centros destinados a tratar casos de COVID-19.
- La referencia a unidades de salud que no son centros COVID-19 no siempre es oportuna, clara o consistente.
- La atención en unidades que no son centros COVID-19 se brinda en centros de salud u hospitales lejanos, incluso en otras ciudades o estados.
- La atención en unidades que no son centros COVID-19 está restringida sólo a casos de emergencia, en horarios reducidos y/o para servicios limitados. Por ejemplo, el reporte al momento de la entrevista fue que sólo brindan atención en caso de parto y embarazos de alto riesgo, los cuidados prenatales se han limitado (poca posibilidad de realizarse estudios o ultrasonidos) y se han cancelado citas y postergado cirugías programadas (ej. quistes ováricos, lesiones por VPH).
- Los servicios en centros que no atienden COVID-19 se han saturado y hay largas esperas para la atención (se menciona un tiempo de espera aproximado de 6 horas).

⁶Debido a que se entrevistó a OSCs que trabajan con población migrante y/o SSyR, en ocasiones fue difícil diferenciar si la respuesta se refiere a las mujeres en general o específicamente a las mujeres migrantes, por lo que se procuró identificar las problemáticas particulares a las que la población migrante se enfrenta, y aquellas que también pueden extenderse a la población en general (independientemente de su nacionalidad y estatus migratorio).

Tabla 5. Resumen de principales barreras para que las mujeres migrantes accedan a los servicios de salud en México, 2020.

Clasificación	Principales barreras
Normativas	<ul style="list-style-type: none"> -Dificultades en la implementación de las políticas nacionales a nivel local -Desaparición del Seguro Popular -Imprecisión de los lineamientos del Insabi con respecto a la población migrante -Falta de recursos económicos -Ausencia de registros estandarizados cuando se atiende a población migrante -Penalización de la interrupción (voluntaria) del embarazo
Institucionales	<p>Estructura y recursos de la institución:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Falta de insumos para la atención (medicamentos y material de curación) -Saturación de servicios -Inaccesibilidad geográfica -Infraestructura deficiente -Cobro de la atención -Ausencia de información práctica para las mujeres en las unidades de salud <p>Personal de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Desconocimiento de la normativa sobre el derecho al acceso a la salud -Falta de sensibilización -Actitudes discriminatorias -Falta de capacitación en perspectiva de género -Falta de capacitación en habilidades interculturales -Violencia obstétrica -Creencias personales y religiosas -Desconocimiento sobre la NOM-046 -Objetores de conciencia <p>Protocolos de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rotación constante del personal -Necesidad de acompañamiento a las unidades de salud -Necesidad de un punto focal, sobre todo en hospitales -Procesos de atención burocráticos y lentos -Falta de reconocimiento de las parteras tradicionales -Ausencia de protocolos de capacitación y sensibilización del personal de salud -Protocolos para la atención de sobrevivientes de violencia sexual lentos, burocráticos y ejecución revictimizantes de las mujeres
Organizacionales	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de recursos (económicos y de insumos médicos) -Falta de personal de salud capacitado en las instalaciones de las organizaciones -Ubicación de los albergues -Naturaleza religiosa de algunas organizaciones
Individuales	<ul style="list-style-type: none"> -Desconocimiento, desorientación y falta de información -Miedo -Idioma y necesidad de traducción -Roles de género inequitativos y violencia de género por parte de parejas afectivas -Normalización de la violencia -Resignificación de la violencia sexual como “sexo transaccional” -Tabúes alrededor de la SSyR -Costos económicos de la atención -Ausencia de redes de apoyo -Movilidad constante de la población

Nota de campo

Cuando se canaliza a las mujeres embarazadas al Hospital Comunitario se les dice que no es ahí. Ya han tenido varios casos y es muy confuso porque la información varía de un día a otro.

-Organización, Tabasco

- Algunos centros de salud no cuentan con personal ni medicamentos o materiales de curación suficientes para la cantidad de población que atienden.

- El cierre de laboratorios de gabinete económicamente accesibles afecta a las mujeres en situación de vulnerabilidad, pues es ahí en donde muchas veces se realizan un ultrasonido para saber cuántas semanas de gestación tienen. Esto es importante para realizar cuidados prenatales tempranos, así como en casos de desear y decidir interrumpir el embarazo, obtener la información precisa para determinar qué método de interrupción es el indicado con base en las semanas de gestación.

- Los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), no están realizando pruebas de detección de VIH ni dan tratamiento antirretroviral a nuevos casos diagnosticados -se reportó al momento de la entrevista.

- Algunos Ministerios Públicos reciben denuncias de violencia sexual por teléfono y han expresado que, cuando reanuden actividades, se les llamará a las mujeres víctimas para continuar el proceso.

- Particularmente para la población migrante, las resoluciones de solicitud de asilo de la COMAR se han retrasado, lo que genera ansiedad y mucha dificultad para continuar el tránsito y/o encontrar trabajo u ocupación. Hay personas que llevan seis meses o más sin una resolución por parte de esta institución.

Las condiciones en las estaciones migratorias fueron particularmente sobresalientes en la narrativa de la afectación por COVID-19 a las migrantes debido a reportes de:

- Hacinamiento y falta de medidas de sanidad. Las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en incidencia política han realizado esfuerzos para retirar de las estaciones migratorias a la población infectada con COVID-19 y/o en riesgo de complicaciones graves (mujeres embarazadas, con enfermedades crónicas y/o personas adultas mayores).

- Se registró el deceso de una persona de nacionalidad guatemalteca de 42 años, solicitante de refugio, quien falleció en la estación migratoria de Tenosique a raíz de un incendio en protesta por el encierro al que las personas migrantes estaban siendo sometidas.

El uso de plataformas digitales como medio para difundir información sobre COVID-19 o los cambios institucionales en respuesta a esto, limita el acercamiento de la población migrante que, en muchos casos, tienen poco o nulo acceso mundo digital, como puede ser el caso de la población en movilidad o refugiada.

Nota de campo

Nosotras no cerramos el albergue porque precisamente hace falta, cómo nos vamos a dar cuenta si llegan enfermas y requieren atención. Si quieren parar esto de la pandemia también tenemos que protegerlos a ellos, saber si van con algún malestar y darles la atención si lo requieren. Hasta ahorita ninguno ha llegado enfermo de COVID. Anoche pasaron dos trenes a las 12 y a las 2 de la mañana, llevan gente y están saliendo muy tarde y es muy difícil darles comida de noche porque van dormidos.

-Albergue, Veracruz

b. Dificultades experimentadas por las organizaciones

Las organizaciones que trabajan con migrantes también se han visto impactadas por la pandemia. En las entrevistas reportaron barreras tales como:

- Inseguridad y confusión sobre los procesos a seguir al identificar a una persona migrante con síntomas de COVID-19.
- Algunos albergues, centros de acogida y OSCs tomaron la decisión de cerrar total o parcialmente sus instalaciones para evitar contagios entre la población migrante y las personas que ahí laboran.
- El personal médico y de salud que trabaja o apoya en estos espacios se encuentra reducido en número y han disminuido las donaciones de medicamentos e insumos médicos por parte de centros de salud y otras instituciones. Esto ha generado una mayor dificultad para la referencia de las mujeres migrantes, por lo que se ha incrementado la búsqueda de servicios alternos y vínculos con organizaciones o instituciones que puedan atender a la población migrante, incluida la atención a problemáticas de SSyR de las mujeres.

- Las personas que se mantienen en la atención desde las OSCs tienen sobrecarga de trabajo y en algunos casos han utilizado recursos económicos propios o de la organización para el cuidado y la protección de migrantes ante la COVID-19 (ej. llevar a las mujeres que han requerido atención médica a clínicas privadas por temor a ir al hospital, o apoyarlas económicamente); además, han vivido pérdidas personales lamentables.

No se tiene información sobre cómo han sobrellevado estos retos las y los defensores de derechos humanos que trabajan con población migrante. Sin duda este también es un ámbito importante de documentar y atender.

c. Barreras individuales

Estas barreras se derivan de los recursos con los que cuentan las personas migrantes, incluidas sus creencias y actitudes ante los cuidados para la salud. Las OSCs reportaron mayor reticencia de las mujeres migrantes para acudir a los servicios de salud debido a:

- Incremento de costos debido a la lejanía de los centros de salud (se ven obligadas a pagar transporte para trasladarse), y
- Miedo o temor al contagio en las unidades médicas (la reticencia previa a la pandemia se deriva del temor de ser identificadas como migrantes indocumentadas).

Las organizaciones también reportaron que es en comparación con años pasados, la población que llega a los albergues es poca. Esto se puede deber a la restricción de la movilidad (voluntaria o involuntaria), pero también a que las y los migrantes asumen que los albergues están cerrados.

Por otro lado, la crisis económica afecta particularmente a la población migrante, incluidas las mujeres. Se ha identificado una pérdida importante del empleo, puesto que (según una organización entrevistada) las personas migrantes y refugiadas son las últimas en ser contratadas y las primeras en ser despedidas. Esto, a su vez, impacta en el acceso a servicios médicos privados derivado del gasto que implica para las mujeres. Por otro lado, también se reportó el cierre de espacios donde las personas migrantes se hospedan, lo

cual las llevó a estar en situación de calle o que se les solicite trabajar en el espacio a cambio de un lugar dónde dormir.

Asimismo, se han incrementado los riesgos para las trabajadoras domésticas y trabajadoras sexuales, muchas de ellas migrantes internacionales y nacionales.

Nota de campo

La Estrategia Nacional de Sana Distancia y el mensaje de Quédate en Casa, no llegó tan rápido a la población refugiada.

-Organización, Ciudad de México

Este contexto, aunado a la dificultad para continuar su camino junto con las medidas adoptadas por los albergues y casas de acogida, ha afectado notablemente la salud mental de la población migrante. Se reportó la presencia de estrés en espacios colectivos que genera episodios violentos de convivencia, crisis de ansiedad y otros trastornos psicológicos por la incertidumbre y porque, como se mencionó, sus trámites migratorios o de otra índole están paralizados (ej. divorcio, registro civil de recién nacido, servicios mortuorios, demandas de pensión alimentaria).

La información obtenida no permite especificar si, cómo y dónde las mujeres migrantes atendieron y atienden sus necesidades de SSyR durante la pandemia de COVID-19 en México.

CONCLUSIONES

Ilustración por: Valeria García

Las necesidades de salud de las mujeres migrantes indocumentadas incluyen las de salud sexual y reproductiva. Desde una perspectiva de sistemas de salud, las y los actores relevantes (instituciones, organizaciones y personas) son una misma colectividad en funcionamiento que debe coordinarse para prevenir enfermedades o padecimientos, y atender y promover la salud de la población en su territorio de influencia. Si bien no es responsabilidad de las organizaciones de la sociedad civil brindar servicios de salud a las mujeres migrantes, son ellas quienes en parte están ofreciendo servicios de SSyR, y acompañando a las mujeres para garantizar su atención. Su papel como punto de primer contacto (y de confianza) es clave para que las mujeres obtengan información básica sobre la SSyR, su derecho a la salud (y otros), y generar conciencia sobre la importancia de atender estas necesidades de salud -sobre todo si su tránsito demora y comienzan a habitar temporalmente en el territorio.

El panorama hasta ahora presentado muestra que las organizaciones de la sociedad civil están brindando o facilitando la atención en SSyR de las mujeres migrantes en tránsito por México en siete estados de la República. En este sentido, la prestación de servicios de SSyR (información, consejería, referencia, y atención directa) ocurre dentro y fuera de los servicios de salud. Si bien esto es una imagen parcial, muestra a una sociedad civil preocupada por atender las necesidades de SSyR de las mujeres migrantes, y comprometida a facilitar el acceso a la atención en la medida de sus posibilidades.

La violencia sexual es un tema que conjunta muchas de las necesidades de salud de las mujeres migrantes, y es por tanto la más atendida (con mayor o menor grado de integralidad)

Una atención integral incluye brindar información, consejería e insumos para prevenir un embarazo (anticoncepción de emergencia) e infección por VIH (profilaxis postexposición), así como contención emocional; información y acceso sobre derechos reproductivos como el aborto legal; atención psicológica a largo plazo; y asesoría legal en caso de que la mujer así lo solicite. Sin embargo, son pocas las organizaciones que logran dicha integralidad. Menos de la mitad de OSCs cuentan con personal de salud (ej. psicología) para la atención a mujeres que han vivido violencia sexual y para otros temas como cuidados maternos. Esta es una necesidad sentida por todas las organizaciones entrevistadas que tienen contacto directo con la población de mujeres

migrantes. La gran mayoría de las organizaciones trabaja en articulación refiriendo y/o acompañando a las mujeres a los servicios brindados por otras organizaciones aliadas o instituciones de gobierno.

Sin embargo, es notorio que el acceso a los servicios de SSyR es fragmentado. Por un lado, el sistema de salud mexicano tiene esa característica (atención por distintas instituciones dependiendo del estatus de empleo y servicios accesibles en primer, segundo, y tercer nivel de atención). Por otro lado, la mayoría de las OSCs que trabajan con y para la población migrante, trata los diversos temas de SSyR caso por caso, buscando apoyo de otras organizaciones cuando requieren de distintas expertises (como embarazos no deseados, partos, violencia sexual). Quienes pueden, realizan los acompañamientos necesarios a las unidades de salud, o refieren a las mujeres. En este sentido, pareciera que la capacidad de respuesta de las OSCs depende de la cantidad y calidad de las relaciones que las organizaciones (y/o su personal) logran establecer con actores en el sector público y con organizaciones no gubernamentales sin (o con) fines de lucro.

Las organizaciones entrevistadas identificaron que el conocimiento y reconocimiento de (más) organizaciones que trabajan SSyR, es un primer paso para lograr atenderla de forma más integral (e incluir en las actividades informativas, de consejería, atención, referencia y acompañamiento temas como salud menstrual, anticoncepción, cuidados maternos, o interrupción del embarazo). En este sentido, es recomendable promover tender puentes entre estos dos movimientos sociales, migración y SSyR, en beneficio de las mujeres migrantes. En general, la única temática que parece producir reticencias para brindar información y facilitar el acceso a servicios es la interrupción legal del embarazo. Esto probablemente se deba al insuficiente conocimiento sobre legalidad de la interrupción del embarazo bajo ciertas causales en todo el territorio nacional -tema relevante sobre todo para la atención integral de mujeres que han vivido coerción en su vida sexual, pues en este caso el aborto es legal en todo el país, y en muchos estados es permitido más allá de las 12 semanas de gestación-. Por su parte, las organizaciones que trabajan SSyR (en su mayoría de naturaleza feminista), deben tener la suficiente sensibilidad para tratar estos temas que, según algunos respondientes del estudio, son tabú para muchas de las mujeres migrantes e incluso para personal de las OSCs. Estas organizaciones generalmente hacen labor de convencimiento a través de información y sensibilización, y para el trabajo con mujeres migrantes habría que profundizar en el enfoque intercultural desde el que (muchas de ellas) hacen su trabajo.

Las OSCs (tanto albergues, como organizaciones defensoras de derechos, y organismos internacionales) deben de ser vistas como aliadas para facilitar la prestación de los servicios públicos de salud, y ser incluidas en los planes de prevención, tratamiento, y seguimiento a la atención a la SSyR de las mujeres (y hombres) migrantes de todas edades (el El Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante de la Secretaría de Salud es un paso en ese sentido, pero debe de ser monitoreado, evaluado, y sus resultados diseminados).

Por su parte, las instituciones públicas de salud tienen la obligación no sólo de reducir barreras de atención a mujeres migrantes, sino de promocionar y facilitar la atención fuera de sus instalaciones. Con base en el reporte de las y los participantes en el estudio, se puede decir que, en México, la política pública y normativas habilitan el acceso a servicios de salud a las personas migrantes en tránsito por el país en papel. Sin embargo, los procesos para ejecutar dicha política y normativa no son conocidos o habilitados en las unidades de salud de forma homogénea. Coloquialmente se diría que no baja la información a nivel territorial o hay dificultades para la implementación. La atención a la SSyR no debiera estar supeditada al estatus migratorio ni a la presentación de documentos probatorios de identidad; tampoco debe de supeditarse a una decisión discrecional (ya sea por desconocimiento y/o xenofobia) del personal de salud. Los pasos y requerimientos para atender a la población migrante que no cuente con estos documentos debe ser clara, y corresponde a la Secretaría de Salud clarificar y diseminar esta información en sus unidades -sobre todo en las localidades con mayor tránsito de personas migrantes indocumentadas.

Las organizaciones reportan dificultades estructurales para la prestación de los servicios de SSyR. Es latente la necesidad presupuestal y de infraestructura (que es lejana y/o saturada) que tienen los servicios de salud en los estados de tránsito, y muy marcadamente los fronterizos, para poder atender la salud de población migrante. Se puede considerar la incidencia conjunta entre organizaciones y personal operativo (o incluso administrativo) de las unidades de salud, para contar con insumos y recursos necesarios para la atención en localidades que atienden gran cantidad de población migrante (por ejemplo, en las fronteras sur y norte del país).

También se reporta falta de conocimiento y sensibilización, que son temáticas en las que se debe de ahondar y en las que se puede incidir de manera directa en las unidades de salud. La calidad y calidez de la atención debe ser garantizada.

En los casos de mujeres en contextos de movilidad, el tiempo es un factor que cobra mayor relevancia al momento de garantizar el acceso de las mujeres al cuidado de la SSyR. Por ello, se requiere redoblar esfuerzos para que, en un tiempo corto, se pueda brindar a las mujeres migrantes la mayor información e insumos para satisfacer sus necesidades.

En la siguiente sección se dirigen observaciones a las autoridades de salud, las unidades de salud en donde se prestan servicios, y las organizaciones de la sociedad civil, para mejorar la atención a la SSyR de mujeres, adolescentes, y niñas migrantes indocumentadas en tránsito por México. Evidentemente, estas observaciones se hacen a partir de la información recolectada; sin embargo, para tener un panorama más completo de la situación, habría que recopilar además los puntos de vista de las mujeres migrantes como de las personas servidoras públicas de salud.

ÁREAS DE OPORTUNIDAD

Las siguientes recomendaciones se derivan de lo reportado por las organizaciones de la sociedad civil sobre el acceso de las mujeres migrantes a servicios de salud, particularmente de SSyR en los sitios de estudio. Se dirigen tanto al Gobierno Federal (sobre todo la Secretaría de Salud e Insabi, a los gobiernos locales, en especial los distritos sanitarios en cada territorio) y a las OSCs.

Contexto habilitante (política pública y normativas) – Secretaría de Salud

- Favorecer que el discurso gubernamental y su reflejo en la política pública siempre se apegue a perspectivas de derechos humanos, de género y de justicia social.

- Priorizar la clarificación y capacitación (en todo el territorio y a todo el personal de Gobierno que tiene interacción con las y los migrantes) sobre cómo la Secretaría de Salud, a través del Insabi y de sus instituciones estatales, ha de garantizar operativamente el derecho al acceso gratuito a los servicios de salud de la población migrante. Esto incluye los requisitos para la atención. Esta recomendación asume que la dilación en la prestación de servicios, o dificultad para prestarlos, no se debe necesariamente a que el personal de salud se niega a atender, sino que probablemente también se involucran requisitos operativos o problemas de coordinación interinstitucional que no han sido lo suficientemente atendidos.

- Dotar de recursos, medicamentos, materiales, y tecnologías suficientes para la atención en SSyR, incluida la realización de estudios (ej. ultrasonidos) gratuitos a la población que no tiene derechohabiencia, como son las mujeres migrantes. Mejorar las condiciones para la atención puede reflejarse en la mejora de la calidad de la atención en las unidades médicas⁷.

- Estimar y monitorear las zonas, el volumen y necesidades de atención de la población migrante (temporal, flotante, o en tránsito), y se les considere al momento de calcular el presupuesto necesario para la atención.

- Contratar a personal de salud que facilite la atención a personas migrantes: intérpretes, parteras, y promotoras y promotores de salud, que realicen esfuerzos de promoción de la salud afuera de las

unidades de médicas, en albergues o en colonias de alta concentración de población migrante.

- Impulsar la obligatoriedad de la formación en género y derechos humanos para toda persona servidora pública en el sector salud y de justicia, con la intención de prevenir la revictimización de mujeres que han vivido violencia sexual. Revisar las perspectivas y metodologías de dicha formación debe de ser una prioridad para entender por qué los esfuerzos hasta ahora realizados no han sido del todo efectivos, qué cambios se requieren y cómo se pueden reencauzar.

- Implementar capacitaciones efectivas y/o campañas de cambio de comportamiento que involucren técnicas de sensibilización y que estén dirigidas tanto a personal de salud como a las poblaciones en donde las y los migrantes transitan y residen, para mejorar la calidad de la atención y eliminar prejuicios o desinformación al momento de atender a las mujeres migrantes dentro de las unidades de salud.

- Garantizar desde la Secretaría de Salud, la aplicación de la NOM-046 en las unidades médicas del país, mediante el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). Promover la posibilidad de que el aborto con medicamentos sea efectuado por personal capacitado (no necesariamente médico) en centros de salud puede facilitar el acceso a este servicio a las mujeres migrantes que así lo requieran es una forma de avanzar en este sentido a mediano plazo.

- En el largo plazo, es recomendable impulsar una normatividad que incluya la formación de parteras y la inclusión de servicios de partería en las unidades de salud y como personal habilitado para expedir certificados de nacimiento.

⁷Si bien este tema no fue investigado en el presente estudio, se hace esta sugerencia a manera de hipótesis.

- Incluir en todas las formas de comunicación de los servicios de salud, agencias gubernamentales y no gubernamentales que atienden a la población migrante que la atención a la salud en suelo mexicano no debe implicar un riesgo de deportación. El secreto profesional del personal de salud le impide romper la **confidencialidad de datos de las personas que atiende**.

- Pensar en la incorporación de estrategias de telesalud e integrar otro tipo de herramientas digitales, por ejemplo, el uso de chatbots, para acercar información y servicios a las mujeres migrantes en movilidad – dada la dificultad de alcanzarlas con información, o dar seguimiento–. Para que estos esfuerzos sean efectivos y viables, el sector salud deberá incluir en el diseño, implementación, y evaluación de estas iniciativas a mujeres migrantes, y a OSCs que trabajan con y para ellas.

- Diseñar materiales de difusión para la promoción de la salud en todos los idiomas que son hablados por las personas migrantes y no sólo en español (ej. creole, francés y lenguas indígenas); y diseminarse en espacios concurridos por ellas.

- Los Distritos Sanitarios pueden formalizar un protocolo de referencia y de traslado a unidades de salud correspondientes en caso de urgencia (y para atenciones no-urgentes) entre albergues y casas para migrantes y unidades de salud. La referencia y atención no puede ser discrecional o depender de la relación entre personas - la rotación de personal lo hace insostenible. Si se tiene un protocolo, puede considerarse realizar una evaluación de la ruta con vistas a mejorarla. Un directorio operativo será un elemento complementario a esta ruta de acción; podrá contar con especificaciones sobre la capacidad de apoyo de cada organización (quién, dónde, qué, cómo, y hasta qué punto).

- Incluir anticonceptivos de larga duración, preservativos tanto masculinos como femeninos, y la anticoncepción de emergencia en la gama de métodos que se distribuye entre la población migrante. El trabajo comunitario para diseminar información y distribución de los anticonceptivos es necesario.

- Sumar la salud, higiene y autoconocimiento de la

menstruación como tema en las campañas de salud enfocadas en la población migrante, junto a la garantía de insumos para facilitar que esto ocurra. Encontrar espacios en dónde poder hablar abiertamente de sus necesidades en relación con su menstruación puede mejorar su experiencia de vida en un contexto altamente vulnerable y facilitar que realmente puedan atenderlas (esto se podría hacer en conjunto con las OSCs).

- En el contexto de COVID-19, implementar de manera urgente mecanismos para que las mujeres migrantes, a quienes se les están retrasando trámites de solicitud de refugio o visas humanitarias por la pandemia, puedan acceder a la salud pública en los lugares en los que se encuentran, sin importar que sus constancias temporales hayan vencido o no dispongan de una.

- Hacer accesible la información sobre COVID-19 (virus, formas de contagio, medidas de prevención de contagio, señales de alerta, ruta para acceder a servicios de salud, vacunación) para las personas migrantes, sobre todo a las vulnerables -entre ellas mujeres embarazadas. Brindar equipo de protección individual al personal médico que labora en las OSCs puede **mitigar riesgos y promover la atención**.

Organizaciones de la Sociedad Civil

- Articular los vínculos entre organizaciones que trabajen con población migrante desde distintos frentes, con el fin de atender las necesidades de SSyR de las mujeres. Buscar expresamente la colaboración de organizaciones de parteras capacitadas es particularmente necesario –por ser un servicio que buscan las mujeres migrantes–.

- Crear una ruta de canalización entre organizaciones que trabajan en red es recomendable para que cada organización sepa en qué momento podría intervenir para asegurar la atención en salud de una mujer migrante. Incluir a los servicios de atención médica de consultorios adyacentes a farmacias en esta ruta puede ser un área de oportunidad que podría ser explorada.

- Promover una capacitación horizontal entre OSCs. Mientras que el personal que trabaja en casas, albergues, y refugios para migrantes (voluntario, operativo, médico, y de gestión) puede profundizar en temas como la perspectiva de género, necesidades de SSyR, y señales de alarma; el personal que trabaja desde estas perspectivas puede profundizar en temas de interculturalidad, xenofobia, y discriminación.

- En el mediano y largo plazo, contar con un sistema de información electrónico, seguro y compartido entre las redes de apoyo a migrantes, que les permita el monitoreo de la población a la que atienden y los problemas de salud presentados –entre otras temáticas relacionadas con el respeto a sus derechos humanos–. La finalidad del monitoreo es la de sistematizar e identificar las necesidades más apremiantes de esta población y cómo se van transformando en el tiempo. Esto ayudará a las organizaciones de la sociedad civil a contar con información para incidir con las instituciones de salud gubernamentales, y recomendar la priorización de esfuerzos y recursos en el corto, mediano, y largo plazo.

- Continuar ejerciendo su demostrada creatividad para llevar información (digital, impresa, y oral) sobre SSyR a las mujeres migrantes indocumentadas y en tránsito. El acercamiento será más efectivo si se hace desde un enfoque intercultural, que respete las necesidades y formas de conceptualizar la salud, la vida y el género

de las mujeres con las que trabajan. Los materiales pueden incluir los elementos necesarios para acceder a servicios, y los pasos a seguir en caso de que existiese la negación de servicios.

- Redoblar esfuerzos para que la información sobre las causales legales de interrupción del embarazo (ej. violación, razones de salud, peligro de vida, malformaciones genéticas) sean conocidas entre los movimientos sociales, pues son ellas y ellos quienes pueden identificar a una mujer con necesidad de un aborto e informarle sobre este derecho. La Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, y muchas otras iniciativas y organizaciones, cuentan con información para cada estado de la república (www.andar.org.mx)⁸.

- Incrementar y promover la investigación en los temas que cruzan la migración, la discriminación (incluyendo la discriminación racial) y la SSyR, tanto de mujeres como de hombres migrantes y de personas que forman parte de la comunidad LGBTQ+, tomando en cuenta sus edades, orígenes, razones por las que migran, y otros aspectos que influyen en las experiencias de migración y acceso a la salud de estas personas. Incluir en las investigaciones los puntos de vista de las mujeres migrantes como de las personas servidoras públicas de salud. La investigación operativa o de implementación puede ser útil también para generar rutas críticas y colaboración entre instituciones, organizaciones y personas involucradas en la atención a las mujeres migrantes.

- Dar seguimiento al impacto de COVID-19 en la salud de mujeres y migrantes, así como en las OSCs. Líneas de documentación incluyen el efecto de la pandemia en la pérdida de empleo formal y el posible ejercicio de la prostitución como mecanismo de subsistencia; así como observar la posible relación entre la pandemia y la captación de mujeres migrantes por redes de trata de personas con fines de explotación sexual y/o laboral.

Finalmente, para la sociedad civil en general y quienes pueden financiar el trabajo de las OSCs (fundaciones, agencias internacionales, gobiernos locales), es apremiante invertir en el fortalecimiento de las organizaciones para atender a la población migrante en tránsito por México. El apoyo, orientación y resolución de problemáticas que las organizaciones logran brindar a las mujeres y los hombres migrantes es admirable. Logran mucho con poco. Sin embargo, cuidar a trabajadoras, trabajadores, voluntarias y voluntarios es también una responsabilidad social. Si bien es cierto que las condiciones estructurales en los países de origen de la población migrante deben mejorar para que la migración deje de ser forzada, en el corto y mediano plazo es indispensable apuntalar a las OSCs y personas organizadas que trabajan para apoyar a las y los migrantes en el ejercicio de sus derechos más básicos: alimentación, agua, techo, salud.

El presupuesto que desde el Gobierno de México y los Estados se orienta a la detención, retención, y deportación de migrantes indocumentados puede reorientarse en este sentido, tal como lo han demandado la sociedad civil en un esfuerzo de priorizar el bienestar y la seguridad humana por encima de la seguridad nacional.

REFERENCIAS

ILUSTRACIÓN POR: VALERIA GARCÍA

1. Asylum Access. Cifras nuevas de la COMAR demuestran que hay más de 13.000 solicitantes de asilo esperando decisiones desde 2018. Comunicado de Prensa. Enero 9, 2020. México. Disponible en: <https://asylumaccess.org/cifras-nuevas-de-la-comar-demuestran-que-hay-mas-de-13-000-solicitantes-de-asilo-esperando-decisiones-desde-2018/>
2. Bartsch E, Park AL, Pulver AJ, Urquia ML, Ray JG. Maternal and Paternal Birthplace and Risk of Stillbirth. *J Obstet Gynaecol Canada* [Internet]. 2015;37(4):314–23. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30281-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30281-4)
3. Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques. México en la encrucijada: Implicaciones internas e internacionales de la migración. Senado de la República. México; 2015.
4. Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR). Boletín estadístico de solicitantes de refugio en México de la Comisión Mexicana de Ayuda para Refugiados. SEGOB: Ciudad de México; 2018.
5. Hasstedt K, Desai S, Ansari-Thomas Z. Immigrant Women's Access to Sexual and Reproductive Health Coverage and Care in the United States. Guttmacher Institute; 2018. Disponible en: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/attachments/immigrant_womens_access_to_sexual_and_reproductive_health_coverage_and_care_in_the_united_states.pdf
6. Keygnaert I, Dialmy A, Manço A, Keygnaert J, Vettenburg N, Roelens K, et al., Sexual violence and sub-Saharan migrants in Morocco: A community-based participatory assessment using respondent driven sampling. *Global Health* 2014;10(1):1–16.
7. Leyva-Flores R, Infante Xibillé C, Quintino Pérez F. Migrantes en tránsito por México: situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud. México; 2016.
8. Leyva-Flores R, Infante C, Serván E, Quintino F, Silverman O. Acceso a servicios de salud para los migrantes centroamericanos en tránsito por México. México; 2015.
9. Leyva-Flores, René, Cesar Infante, Juan Pablo Gutierrez, Frida Quintino-Perez, MariaJose Gómez-Saldivar, and Cristian Torres-Robles. "Migrants in transit through Mexico to the US: Experiences with violence and related factors, 2009-2015." *PLoS one* 14. 2019. no. 8: e0220775.
10. Nájera J. El complejo estudio de la actual migración en tránsito por México: Actores, temáticas y circunstancias. *Migr Int*. 2016;8(3):255–66.
11. S. Priya Morley et al. "There is a Target on Us" – The Impact of Anti-Black Racism on African Migrants at Mexico's Southern Border. Brooklyn, New York; 2021.
12. Infante C, Silván R, Caballero M, Campero L. Sexualidad del migrante: Experiencias y derechos sexuales de centroamericanos en tránsito a los Estados Unidos. *Salud Publica Mex*. 2013;55(SUPPL.1).
13. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Diagnóstico para monitoreo de flujos y seguimiento a la movilidad. Tapachula, Chiapas, México; 2019. Disponible en: https://kmhub.iom.int/sites/default/files/publicaciones/dtm-tapachula-mexico-junio_2019_1.pdf
14. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Glosario de la OIM sobre Migración. Ginebra; 2019.
15. Starrs AM et.al. Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet* 2018; 391:2642-92.
16. Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas. Boletín Mensual de Estadísticas Migratorias. Secretaría de Gobernación. México; 2019.
17. Urquia ML, Glazier RH, Gagnon AJ, Mortensen LH, Nybo Andersen AM, Janevic T, et al. Disparities in pre-eclampsia and eclampsia among immigrant women giving birth in six industrialised countries. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2014;121(12):1492–500.
18. Vik ES, Aasheim V, Schytt E, Small R, Moster D, Nilsen RM. Stillbirth in relation to maternal country of birth and other migration related factors: A population-based study in Norway. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):1–11.
19. Willers S. Migración y violencia: las experiencias de mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México. *Sociológica (Méx.)*. 2016;31(89):163-195.

ANEXO 1.

NOTA METODOLÓGICA

I. Diseño del estudio

Para lograr el objetivo, se diseñó un estudio de corte cualitativo, con entrevistas telefónicas a actores y actrices de organizaciones de la sociedad civil y organizaciones internacionales que trabajan con esta población. Para la selección de la muestra se utilizó una estrategia de muestreo por conveniencia. Las organizaciones se identificaron a través de tres estrategias distintas: entrevistas con especialistas que trabajan en temas de migración y salud, búsqueda intencionada en internet y una estrategia de bola de nieve con las instancias entrevistadas.

Se diseñó una guía de entrevista semiestructurada para las organizaciones en los estados y una máscara de captura en Excel para sistematizar las respuestas. El equipo de entrevistadoras y entrevistadores fue capacitado previo a la realización de las entrevistas.

Las entrevistas no fueron audio grabadas. Se consideró que el proceso para obtener un consentimiento informado firmado para ello podría ser logísticamente complicado para las OSCs. Las entrevistadoras y entrevistadores tomaron notas durante la entrevista y posteriormente ingresaron la información relevante en la columna correspondiente de la máscara de captura.

Se solicitó consentimiento informado verbal a todas y todos los participantes antes del inicio de la entrevista, donde se explicaba el objetivo del estudio, en qué consistía su participación y el consentimiento de poder utilizar la información brindada para reportes y otros productos de divulgación. Asimismo, se solicitó un permiso adicional para ingresar sus datos de contacto en los directorios. El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Population Council (#EX2020009).

II. Selección de los estados

El equipo de investigación del Population Council realizó una revisión de la literatura sobre las rutas y el contexto migratorio en México. Con base en esta revisión, se seleccionaron siete estados prioritarios: Chiapas, Tabasco, Veracruz, Oaxaca, Ciudad de México, Chihuahua y Baja California.

Los criterios utilizados para la selección fueron los siguientes:

- a. El estado se encuentra dentro de la ruta migratoria utilizada por mujeres migrantes en tránsito; y,
- b. El estado es conocido por ser entrada a México y/o a Estados Unidos para las mujeres migrantes en tránsito.

III. Vinculación con especialistas en el tema de migración y salud

Durante la fase inicial del proyecto, el equipo de investigación del Population Council realizó una primera búsqueda de especialistas en el tema de migración y salud a nivel nacional. Entre las personas expertas se identificaron representantes de organizaciones no gubernamentales, nacionales o internacionales, albergues, organismos internacionales y/o instituciones académicas, con conocimiento del fenómeno migratorio en México, experiencia trabajando con poblaciones indocumentadas en movilidad y/o que trabajaran directamente con éstas. El objetivo de las reuniones con las y los especialistas fue la presentación y retroalimentación del estudio, así como solicitar los datos de contacto de organizaciones que trabajaran en el tema de SSyR y/o con mujeres migrantes en los siete estados seleccionados.

Durante el mes de enero y febrero de 2020 se tuvieron reuniones con especialistas de las siguientes organizaciones e instituciones:

1. **Organización Internacional para las Migraciones (OIM)**
2. **Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)**
3. **Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR)**
4. **Médicos sin Fronteras (MSF)**
5. **Servicio Jesuita para Migrantes (SJM)**
6. **Médicos del Mundo Francia-México (MDM)**
7. **Instituto Nacional de Salud Pública**
8. **Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR)**

IV. Búsqueda intencionada de organizaciones

Se realizó una búsqueda intencionada en internet y en redes sociales de OSCs, albergues y casas para migrantes y organizaciones nacionales e internacionales que trabajaran brindando servicios de SSyR y/o atención a mujeres migrantes. Las palabras clave para realizar la búsqueda fueron: albergue para migrantes, casa para migrantes, mujeres migrantes, servicios de SSyR y aborto seguro. También se realizó una búsqueda intencionada de otros directorios publicados con los datos de contacto de organizaciones que ofrecen servicios a personas migrantes en México (ver Tabla 6).

Esta primera selección de OSCs fue organizada en tablas de Excel, conformando directorios telefónicos individuales para cada uno de los estados, donde se procuró plasmar la mayor cantidad posible de información de contacto: organización o institución seleccionada, nombre completo de la persona a dirigirse, teléfono personal y/o de oficina, dirección de la organización o albergue, correo electrónico, redes sociales y, si fuera el caso, alguna observación.

Tabla 6. Directorios consultados durante la búsqueda intencionada de organizaciones que trabajan brindando servicios de SSyR y/o atención a mujeres migrantes en México. 2020.

1	IPAS (2020) Acceso a la salud sexual, reproductiva y de género en usuarias migrantes en los estados de Chiapas y Tabasco.
2	OIM (2018) Directorio de casas y albergues para personas migrantes.
3	ACNUR y otros (2018) Mapa de servicios para personas refugiadas y migrantes CDMX.
4	UNICEF (s/f) Mapa de albergues (cómic).
5	Médicos sin Fronteras (2020) Mapa de albergues a lo largo de las principales rutas por México.
6	Comité Internacional de la Cruz Roja (s/f) Póster autocuidado, mapa con las rutas y servicios.
7	OIM (2019) Diagnóstico para monitoreo de flujos y seguimiento a la movilidad, Tapachula, Chiapas.
8	BBVA (2020) Mapa2020 de casas del migrante, albergues y comedores para migrantes en México.
9	Directorio Red DH Migrantes: https://reddhmigrantes.wordpress.com/albergues/
10	CNDH (2019) Sistema de entidades relacionadas con la protección de los Derechos Humanos en la Región Transfronteriza México-Guatemala.
11	CNDH (2018) Los desafíos de la migración y los albergues como oasis.
12	CNDH (s/f) Albergues y comedores en los puntos fronterizos.
13	Directorio de albergues / Casa para migrantes en México, por Rodolfo Casillas R.: http://nebula.wsimg.com/10137b21cbdec3c5cd6015f4bf686e99?AccessKeyId=DF3CE1E0EC1B2278D472&disposition=0&alloworigin=1
14	CNDH (2018) Los desafíos de la migración y los albergues como oasis.
15	Directorio de American Friends Service Committee: https://www.afsc.org/resource/other-ports-entry-mexico.pdf
16	Red Nacional de Organismos Civiles de Derechos Humanos TDT: https://redtdt.org.mx/?page_id=151
17	Directorio de amigos contra el Sida: http://www.aids-sida.org/archivos/directorio_nacional/maparep.html
18	Directorio de organismos de la sociedad civil Veracruz: http://www.diputados.gob.mx/comisiones/particip/direct/veracruz.htm
19	INMUJERES (2006) Directorio nacional de organizaciones de la sociedad civil con acciones hacia las mujeres.
20	Directorio de Testigo Púrpura: https://testigopurpura.com/requieres-apoyo/

Esto para que cada estado tuviera su propio directorio y contara con la mayor cantidad de información a la mano al comunicarse con la persona a entrevistar.

Los criterios de inclusión utilizados para la selección de las organizaciones fueron: 1) organización de la sociedad civil; 2) organización internacional; 3) albergue o casa para migrantes; 4) trabajar en uno de los siete estados seleccionados; 5) trabajar en temas de SSyR y/o con mujeres migrantes indocumentadas, mujeres refugiadas o mujeres solicitantes de asilo; y, 6) aceptar participar en la entrevista. Los criterios de exclusión fueron: 1) institución de gobierno o dependiente directamente de alguna instancia gubernamental; 2) trabajo en temas de SSyR, pero sin experiencia de trabajo con mujeres migrantes indocumentadas, mujeres refugiadas o mujeres solicitantes de asilo; y, 3) organización identificada como perteneciente al movimiento autodenominado pro-vida.

V. Entrevistas telefónicas a organizaciones en los siete estados

Entre febrero y agosto de 2020 se hicieron las entrevistas telefónicas a las organizaciones de la sociedad civil y organizaciones internacionales en los siete estados de la república. Las entrevistas fueron realizadas por un equipo conformado por seis investigadoras e investigadores.

Para la concertación de entrevistas se pusieron en práctica distintas estrategias de aproximación: contacto telefónico, envío de correos electrónicos de invitación y contacto a través de redes sociales, páginas web y mensajería instantánea. La vía más utilizada fue, junto al intento de llamadas telefónicas en días y horarios consecutivos y alternados, el contacto por correo electrónico, enviándose aproximadamente 300 correos electrónicos de invitación. Para ello, se utilizaría como apoyo una base de datos que facilitó su envío mediante el uso de la aplicación Mail Merge.

En algunos casos se observó al momento de hacer el contacto que organizaciones o albergues que habían sido identificados como posibles candidatos a participar en el estudio no cumplían con los requisitos para participar en el mismo. En la mayor parte de los casos se debía a que no trabajaban con mujeres migrantes en tránsito. Asimismo, hubo algunas negativas a atendernos o a concretar la entrevista por falta de tiempo.

La realización de entrevistas semiestructuradas fue con una guía estandarizada para hacer las llamadas⁹. En la mayoría de los casos se hizo por vía telefónica de manera individual, a una sola persona de la organización.

VI. Análisis de datos

El análisis de los datos cualitativos se estructuró de la siguiente manera: 1) registro de los datos; 2) síntesis de información usando una matriz de datos; y, 3) transformación mediante un proceso de elaboración conceptual. El registro de datos y la síntesis de información se hizo a través de dos estrategias: toma de notas durante la entrevista y el registro de la información en la máscara de captura de Excel.

Para la transformación de la información, se categorizaron y agruparon los testimonios de las personas entrevistadas, utilizando un método mixto para la creación de categorías (deductivo e inductivo), se diseñó un esquema que ayudó a organizar la información, y se obtuvieron los resultados generales y por estado analizando cada una de las máscaras de captura.

Específicamente para las variables sobre tipo de organización y servicios de SSyR ofertados, donde las variables cualitativas se registraron como variables nominales (sí/no), se realizó un análisis descriptivo (frecuencias absolutas y relativas). Para el tipo de organización, se generó la clasificación mostrada en la Tabla 7.

VII. Limitaciones del estudio

El presente estudio es una fotografía tomada de marzo a inicios de agosto de 2020, y como tal, tiene algunas limitaciones metodológicas. Primera, es un estudio que se realizó en un momento dado, por lo que brinda un panorama parcial. Segunda, la selección de la muestra entrevistada no es exhaustiva, pues muy probablemente no se logró identificar a todas las organizaciones que trabajan con población migrante y atienden temas de SSyR. Así, la muestra por conveniencia y por bola de nieve de nuevo, presenta un panorama parcial.

En este sentido, lo único que puede afirmarse son los hallazgos, pero no es posible asegurar que los mismos reflejan lo que sucede en los estados estudiados. Tercera, la metodología contempló entrevistas semiestructuradas vía telefónica, lo que en general resta una relación de vinculación próxima o personal en el ejercicio y puede afectar la confianza tanto para responder como para profundizar en las respuestas. Esto es particularmente importante cuando se tratan temas de SSyR, pues para muchas personas hablar de interrupción del embarazo o menstruación, por ejemplo, puede generar una actitud de reserva.

⁹En caso de encontrarse interesados o interesadas en conocer la guía de entrevistas pueden ponerse en contacto con las autoras.

Tabla 7. Clasificación del tipo de organización entrevistada. México, 2020.

1	Local: sólo trabaja en un estado de la república.
2	Nacional: trabaja en más de un estado de la república.
3	Binacional: trabaja en dos países.
4	Internacional: trabaja en varios países.
5	Religiosa: la organización/albergue profesa una religión como parte de sus valores, sea o no perteneciente a una congregación.
6	Laica: la organización/albergue es independiente de toda confesión religiosa, aunque una o varias personas que la integran sean creyentes.
7	Especializada: sólo atiende la salud de niñas, adolescentes y mujeres migrantes
8	Semiespecializada: sólo atiende alguna de las siguientes poblaciones (especificar): niñas y adolescentes; mujeres; niñas y adolescentes migrantes; mujeres migrantes. Puede trabajar otras áreas además del servicio de salud.
9	General: atiende entre otras poblaciones a mujeres. Puede trabajar otras áreas además del servicio de salud.
10	Feminista / Movimiento de mujeres: la organización se considera feminista o en defensa de los derechos de las mujeres.
11	Comunitaria: la organización está integrada por personas de una comunidad o municipio o defiende sus intereses.

Esta limitante se trató de menguar mediante el reclutamiento de muestra a través de la metodología de bola de nieve, y la referencia a un contacto de confianza de la persona a la que se le invitaba a participar en el estudio, además de la capacitación a las recolectoras de datos –en su mayoría mujeres–. Relacionado con esto, la recolección de datos no se dio “en campo”, por lo que la información que aporta el contexto, la experiencia y la observación del equipo de investigación es limitada. Esto se relaciona sobre todo con la capacidad de interpretación de resultados. Cuarta, las entrevistas no fueron audio grabadas, por lo que el reporte de estas se sustentó únicamente con notas tomadas durante e inmediatamente después de cada entrevista.

Esto limita la capacidad de retomar las palabras exactas de las personas entrevistadas al momento del análisis de resultados. Quinta, el periodo de recolección de datos coincidió con el inicio de la pandemia por COVID-19 en México. Por tanto, el contexto en que se tomó esta fotografía ha sido particular, y el mismo desarrollo de la pandemia pudiera haber cambiado el panorama en cuanto a los temas desarrollados en este estudio. El contexto en que se realizó la recolección de datos pudo haber afectado notoriamente la tasa de no respuesta, debido principalmente al cierre de oficinas y a la poca disponibilidad de tiempo de las organizaciones, preocupadas por atender la urgencia sanitaria. Sin embargo, la valía

de esta mirada en un momento tan particular se encuentra, por un lado, en que las personas respondientes tenían una memoria fresca sobre el acceso a SSyR previo a la pandemia, y por otro, el estudio recoge información sobre las primeras vivencias y afectaciones de la pandemia en la población migrante –aunque la población entrevistada concuerda en que la pandemia, hasta ese momento, había ahondado inequidades ya existentes–.

Finalmente, hay dos limitantes metodológicas que llaman a una interpretación cautelosa de los resultados. Por un lado, dada la pandemia, así como el hecho de que muchas organizaciones trabajan con una diversidad amplia de mujeres y no exclusivamente con población migrante, es posible que parte de las problemáticas reportadas por las organizaciones no sean específicas o exclusivas de la población migrante y solicitante de asilo, sino que también afectan a las mujeres en general (por ejemplo, el cierre de hospitales debido a COVID-19 o el estigma en torno al aborto). Por otro lado, no se hizo una definición operativa de los tipos de servicio prestados (ej. información, consejería, atención directa, canalización o referencia, acompañamiento), por lo que no es posible asegurar que las y los respondientes entienden exactamente lo mismo por cada uno de estos tipos de servicio, y por tanto, sus respuestas no son estandarizadas.

El reporte del estudio presenta hallazgos tal cual los comunicaron quienes respondieron la entrevista. El servicio de acompañamiento, por ejemplo, se añadió a raíz del reporte de las y los respondientes, pues ellas y ellos hacían una diferenciación entre canalización y acompañamiento.

A pesar de estas limitaciones, el estudio presenta hallazgos relevantes y poco estudiados previamente sobre la atención a la SSyR de las mujeres migrantes indocumentadas en tránsito por México brindada por importantes puntos de primer contacto como son las organizaciones de la sociedad civil.