

12-15-2021

Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020—Informe de la investigación

Lucía Vázquez Quesada
Population Council

Silvana Larrea-Schiavon
Population Council

Tania T. Marin

Graciela B. Muñoz García

Esperanza Basurto-Alcalde

See next page for additional authors

Follow this and additional works at: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-pgy

How does access to this work benefit you? Let us know!

Recommended Citation

Vázquez Quesada, Lucia, Silvana Larrea-Schiavon, Tania T. Marin, Graciela B. Muñoz García, Esperanza Basurto-Alcalde, Beatriz Ochoa, Betzaide Cortés-Maruris, Vanessa Sosa, Enrique Martínez, Nancy Lombardini, Chiara Santoro, Mauricio Guillermo, Karla Berdichevsky, and Isabel Vieitez Martínez. 2021. "Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020—Informe de la investigación." México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ipas CAM, Médicos del Mundo, y Population Council.

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

Authors

Lucía Vázquez Quesada, Silvana Larrea-Schiavon, Tania T. Marin, Graciela B. Muñoz García, Esperanza Basurto-Alcalde, Beatriz Ochoa, Betzaide Cortés-Maruris, Vanessa Sosa, Enrique Martínez, Nancy Lombardini, Chiara Santoro, Mauricio Guillermo, Karla Berdichevsky, and Isabel Vieitez Martínez

Informe de la investigación





Mujeres Migrantes en Tapachula

barreras y facilitadores para el acceso
a la salud sexual y reproductiva en 2020

Informe de la investigación

¿Para quién es esta información?

Para autoridades sanitarias a nivel federal, estatal, municipal, y de Jurisdicción Sanitaria; para prestadoras y prestadores de servicios de salud; y para Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y Organismos Internacionales (OI). También para otras autoridades responsables del bienestar de personas en la migración, como el Instituto Nacional de Migración (INM) y la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR), entre otras.

¿Para qué fue preparada?

Para generar recomendaciones concretas dirigidas a mejorar el acceso y calidad de la prestación de servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) a mujeres migrantes en Tapachula, tomando en cuenta su diversidad de perfiles y necesidades.

Agradeceremos la amplia difusión entre personas que podrían encontrarlo relevante.

CONSORCIO DE INVESTIGACIÓN

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

<https://www.gob.mx/salud/cnegsr>

Ipas CAM, A.C.

<https://www.ipascam.org/>

Médicos del Mundo Francia México, A.C.

<https://www.medecinsdumonde.org/fr/pays/ameriques/mexique-et-amerique-centrale>

Population Council Inc.

<https://www.popcouncil.org/research/mexico>

Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020

Coordinación del informe: Lucía Vázquez-Quesada y Tania T. Marín.

Investigadora principal:

Lucía Vázquez-Quesada

Co-investigadoras/es:

Protocolo de investigación:

Silvana Larrea-Schiavon, Enrique Martínez, Chiara Santoro, Beatriz Ochoa, Tania T. Marín, Vanessa A. Sosa López, Isabel Vietiez Martínez, Karla Berdichevsky.

Análisis y revisión de informe:

Lucía Vázquez-Quesada, Tania T. Marín, Graciela B. Muñoz García, Betzaide Cortés-Maruris, Esperanza Basurto, Silvana Larrea-Schiavon, Vanessa A. Sosa López, Beatriz Ochoa, Enrique Martínez, Isabel Vieitez Martínez.

Consultorías (levantamiento*, análisis de datos^ y redacción de resultados°): Esperanza Basurto*^°, Nancy Lombardini^°, Mauricio Guillermo^°, Pamela Hernández Moreno*, Alma Nayeli Hernández Martínez*.

Corrección de estilo: Claudia Martínez.

Diseño editorial: Nohemí R. Villa, Adriana Torres, Valeria García y Adriana García.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio fue posible gracias al apoyo y participación de las personas entrevistadas:

Mujeres migrantes, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales, así como autoridades y personal de salud de la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas y del Distrito Sanitario VII Tapachula.

Agradecemos profundamente a cada una de las personas involucradas por su tiempo y disposición para participar en este proceso, y reconocemos el significativo esfuerzo que les ha implicado, sobre todo en la situación tan compleja derivada de la pandemia por COVID-19 en México.

Agradecemos el apoyo de la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir para la difusión de este estudio.

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:

Lucía Vázquez-Quesada, Silvana Larrea-Schiavon, Tania T. Marín, Graciela B. Muñoz García, Esperanza Basurto, Beatriz Ochoa, Betzaide Cortés-Maruris, Vanessa Sosa, Enrique Martínez, Nancy Lombardini, Chiara Santoro, Mauricio Guillermo, Karla Berdichevsky, Isabel Vieitez Martínez. (2021). "Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020". México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ipas CAM, Médicos del Mundo, Population Council.

D.R.

México, 2021.



Population Council es una organización internacional sin fines de lucro. Desde 1979, el Population Council ha trabajado en México para mejorar la salud reproductiva de las personas a través de investigaciones de alta calidad, evaluación de programas y asociaciones técnicas con gobiernos nacionales y estatales y organizaciones no gubernamentales en temas como salud sexual y reproductiva; jóvenes, pobreza, y género; y VIH/SIDA.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CNEGSR
CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE
GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

El CNEGSR es el órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud responsable de las políticas nacionales de los programas de planificación familiar y anticoncepción, salud sexual y reproductiva, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, salud materna y perinatal, igualdad de género, y prevención y atención de la violencia familiar.



Ipas Centro América y México (Ipas CAM) es una organización internacional sin fines de lucro que trabaja para expandir el acceso al aborto seguro y acabar con los procedimientos inseguros de aborto. Trabajamos con socios y gobiernos para abogar a favor del aborto seguro y legal, para que la anticoncepción esté ampliamente disponible y para acercar a las mujeres información basada en evidencia, que les permita acceder a servicios seguros de salud reproductiva y tomar decisiones libremente.



Médicos del Mundo es una asociación independiente que trabaja para hacer efectivo el derecho a la salud para todas las personas, especialmente para las poblaciones vulnerables, excluidas o víctimas de catástrofes naturales, hambrunas, enfermedades, conflictos armados o violencia política.

Tabla de contenido

1.	Introducción.....	1
2.	Antecedentes.....	8
2.1.	Mujeres migrantes y necesidades de SSR.....	8
2.2.	Políticas y servicios de salud para la población migrante en México.....	11
2.2.1.	.....	11
2.2.1.1	.....	11
2.2.1.2.	.....	14
2.2.2.	.....	16
3.	Sitio de estudio	18
4.	Metodología	24
4.1.	Sobre la población entrevistada.....	25
4.1.1.	.....	25
4.1.2.	-OI	26
4.1.3.	de salud	26
4.1.4.	.....	27
4.2.	Análisis.....	27
4.3.	Limitaciones del estudio	28
5.	Resultados	29
5.1.	Necesidades de salud sexual y reproductiva.....	29
5.2.	Otras necesidades de salud.....	37
5.3.	Casos de mujeres migrantes en búsqueda de atención en SSR.....	40
5.3.1	.....	41
5.3.2.	.....	44
5.3.3.	.....	47
5.3.4.	casos	50
5.4.	Atención a la SSR de mujeres migrantes.....	52
5.4.1.	.....	52
5.4.2.	de SSR disponibles	52
5.4.2.1.	públicos	52

Tabla de contenido

5.4.2.1.1.	nivel de atención	52
5.4.2.1.2.	y tercer nivel de atención	53
5.4.2.1.3.	de Atención a Personas Migrantes y Desastres Naturales del Distrito Sanitario VII (CAMDN-DSVII)	54
5.4.2.2.	no gubernamentales (OSC-OI)	59
5.4.3.	.....	62
5.4.3.1.	.....	71
	a la pandemia por COVID-19	
5.5.	Barreras y facilitadores para la prestación de los servicios.....	73
5.5.1.	.....	73
5.5.1.1.	.....	73
5.5.1.2.	para la atención a SSR	77
5.5.1.3.	.....	79
5.5.2.	.....	80
5.5.2.1.	.....	80
5.5.2.2.	.....	82
5.5.2.3.	.....	84
5.5.2.4.	.....	85
5.5.2.5.	.....	86
5.5.2.6.	humanos disponibles	89
5.5.2.7.	.....	90
5.5.2.7.1.	traductoras e intérpretes	90
5.5.2.7.2.	interpersonales y discriminación	91
5.5.2.7.3.	.....	98
5.5.2.8.	de servicios de SSR	100
5.5.2.8.1.	familiar	100
5.5.2.8.2.	sexual	102

Tabla de contenido

5.5.2.8.3.	.....	105
5.5.2.8.4.	.....	106
5.5.2.9.	.....	107
5.5.3.	.....	110
6.	Conclusiones	117
7.	Recomendaciones.....	125
7.1.	de investigación futuras	144
8.	Recursos adicionales sobre intervenciones en SSR	145
9.	Glosario	146
10.	Anexos	151
10.1.	1. Metodología	151
10.2.	2. Normatividad y legislación.....	158
10.3.	3. Operación y financiamiento del INSABI en 2020	160
11.	Referencias	162

Siglas y abreviaturas

ACNUR: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

CAMDN-DSVII: Coordinación de Atención a Personas Migrantes y Desastres Naturales del Distrito Sanitario VII

CNEGSR: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

COMAR: Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados

COVID-19: Enfermedad causada por el coronavirus SARS-CoV-2

CS: Centro de Salud

CURP: Clave Única de Registro de Población

DIU: Dispositivo Intrauterino

DOF: Diario Oficial de la Federación

DSR: Derechos sexuales y reproductivos

DSVII: Distrito Sanitario VII de Chiapas

INM: Instituto Nacional de Migración

INSABI: Instituto de Salud para el Bienestar

ISECH: Instituto de Salud del Estado de Chiapas

ITS: Infección de transmisión sexual

LGBTTTI+: siglas utilizadas para referirse a personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales y otras identidades y realidades que integran la diversidad sexual

MdM: Médecins du Monde / Médicos del Mundo

MIRPS: Marco Integral Regional para la Protección y Soluciones

NOM 005: Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993

NOM 046: Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005

OIM: Organización Internacional para las Migraciones

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OSC: Organizaciones de la sociedad civil

OSC-OI: Organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales

PIASM: Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante

SARS-CoV-2: Coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo

SESA: Servicios Estatales de Salud

SSR: Salud sexual y reproductiva

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana

VPH: Virus del papiloma humano

TVRH: Tarjeta de Visitante por Razones Humanitarias

1. Introducción

México es uno de los principales corredores migratorios sur-norte del mundo, al ser país de destino, tránsito y retorno de migrantes ¹ procedentes principalmente de países de Centroamérica (El Salvador, Honduras, y Guatemala), y del Caribe (Cuba y Haití) (IOM, 2019). Las estimaciones de la Secretaría de Gobernación (2021) señalan que en el periodo de 2001-2020 se registraron en promedio 135,879 eventos cada año de personas que ingresan y transitan por el país.² **Si bien, en México se pueden observar tendencias en el proceso migratorio, se han identificado transformaciones en la composición de las poblaciones que migran:** en las últimas dos décadas, se observa una feminización de la migración, representada por un aumento en la proporción de mujeres, adolescentes y niñas que ingresan y transitan de manera irregular al país, principalmente con el objetivo de establecerse en México o para recorrer el país hacia los Estados Unidos. En 2012, se identificaba una proporción de 10, 14 y 20 mujeres por cada 100 hombres de Guatemala, Honduras y El Salvador respectivamente, estas cifras han ido en aumento, para el 2015 la proporción de mujeres por cada 100 hombres era de 26, 25 y 33 (González et al., 2017).

Se estima que alrededor de 45,000 mujeres migrantes centroamericanas transitan por territorio mexicano cada año (Nájera Aguirre, 2016). Sin embargo, conforme se incrementan los flujos migratorios, se incrementa también el número de mujeres y menores de edad en la migración. De enero a agosto de 2021, el 36.9% de los 148, 903 eventos de presentación ante autoridades migratorias en México fueron eventos de mujeres y personas menores de edad (Secretaría de Gobernación, 2021).

El fenómeno de la feminización de la migración en el país está estrechamente relacionado con el recrudecimiento de las condiciones sociales, económicas y políticas en los países expulsores e implica la exposición de las mujeres a riesgos diferenciales en relación con el género. Los derechos de las mujeres se ven vulnerados por las violencias (sexuales, físicas, económicas, psicológicas y emocionales) a lo largo del proceso migratorio. Estudios cualitativos ponen en evidencia cómo el cuerpo femenino es utilizado para diversos fines, como moneda de cambio e intercambio. Muchas mujeres se ven obligadas a

¹ Al utilizar la palabra “migrantes”, nos referimos a personas de nacionalidad distinta a la mexicana que se encuentran en situación de movilidad, sin importar la situación administrativa en que se encuentran (ej. situación irregular, solicitantes de asilo, en condición de refugio, etc.).

² La UPMRIP registra los eventos de aseguramiento (2001-2006), alojamiento en estaciones migratorias (2007-2012), y presentación de población migrante ante autoridades migratorias en México (2013-2020) por no acreditar estancia regular en el país. Estos datos están actualizados a distintas fechas por cada uno de los años, por lo que el promedio anual es sólo una aproximación. Fuente: Boletines Estadísticos de la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas.

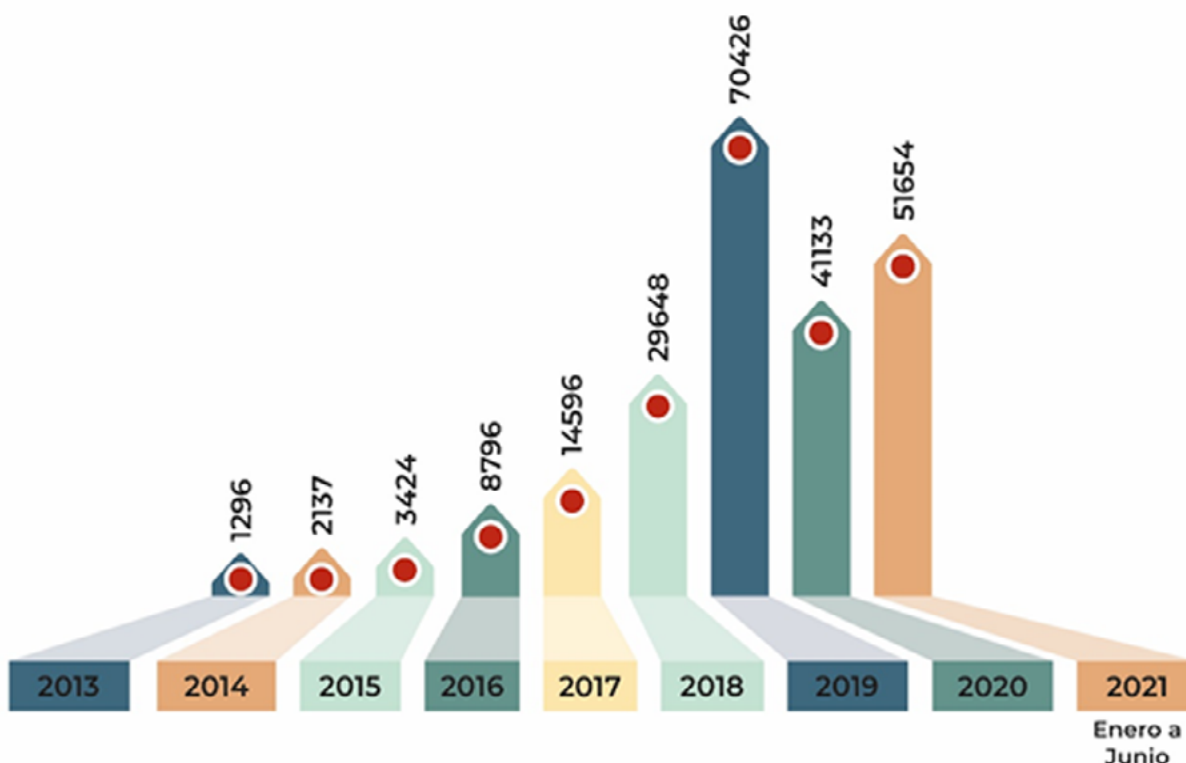
mantener relaciones sexuales a cambio de medios para la sobrevivencia, para resguardar su seguridad y la de sus familias y para obtener medios para el tránsito a lo largo del territorio (Leyva-Flores et al., 2019).

Una segunda transformación en el fenómeno migratorio en los últimos 7 años es el **origen y nacionalidad de las personas migrantes y solicitantes de asilo en el país**. En 2019, en México se registraron 182,940 eventos de detención de migrantes³ provenientes de más de 80 países: 155,302 originarias de Centroamérica; 11,068 del Caribe; 7,065 de África; 5,878 de Asia; 2,294 de América del Sur, 1,195 de América del Norte, 135 de Europa, y 3 personas apátridas (Secretaría de Gobernación, 2019). Esta diversidad tiene impactos en las dinámicas al interior de los grupos de migrantes, trastoca las relaciones sociales, culturales y económicas de las entidades que recorren estos grupos, y requiere de una adecuación en las formas de respuesta integral para la atención de las diferentes necesidades de esta población, incluidas las de salud.

Una tercera transformación es el **aumento progresivo del número de personas que solicitan el reconocimiento de la condición de refugiadas en México**, el cual ha sido documentado por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR). Este incremento se refleja en el cambio de 1,296 solicitantes en 2013 a 70,426 en 2019, -este último dato representa un aumento de 137% respecto al 2018- (**Gráfica 1**). En 2020, probablemente por efecto de la pandemia de COVID-19, el número de personas solicitantes del reconocimiento de la condición de refugiadas fue menor (41,133). Sin embargo, el número de solicitantes en los primeros seis meses de 2021 (51,654), representa el 70% del total para el año 2019 (COMAR, 2021). Es decir, se mantiene la tendencia observada antes del inicio de la pandemia por COVID-19.

³ Son eventos de detención, y no personas detenidas, porque una persona pudo haber entrado a México y ser detenida en más de una ocasión.

Gráfica 1. Número total de personas solicitantes del reconocimiento de la condición de refugiadas en México desde 2013 a junio de 2021.



Fuente: Elaboración de las autoras con datos de COMAR y COLEF.

Los cambios en el fenómeno migratorio en México no son únicamente demográficos o numéricos, sino que se ha transformado la forma de ingresar y recorrer el territorio a una manera organizada desde el país de origen a través de “caravanas migrantes”.

Desde 2018 se identificaron grupos de familias y connacionales provenientes de Centroamérica, principalmente de Honduras que ingresan de manera colectiva (Varela, 2019). En las “caravanas migrantes” se incrementó la proporción de niñas, niños, y adolescentes, representando una tercera parte del total del flujo de personas migrantes que ingresa por la frontera sur de México de forma irregular (INM, 2019). De enero a junio del mismo año, 33,122 niñas, niños

y adolescentes fueron presentados ante la autoridad migratoria, lo que representó un aumento de 132% en comparación con el mismo periodo de 2018; siendo una proporción mayor el de niñas y adolescentes mujeres migrantes (Martínez, 2019). La mayoría de las niñas, niños, y adolescentes viajan con personas adultas, pero se ha registrado también un reciente aumento en el número de niñas, niños, y adolescentes no acompañadas y acompañados (CNDH, 2018; INM, 2019).

En 2020, las “caravanas migrantes” han sido desintegradas por las autoridades de los países vecinos antes de llegar a México, aunque esto no ha reducido el flujo migratorio que continúa por los puntos informales de la porosa frontera sur.

Finalmente, en los últimos cinco años, debido a las políticas restrictivas a la migración de la pasada administración de Estados Unidos (2017-2020) y su endurecimiento en relación con las medidas sanitarias implementadas frente a la pandemia por la COVID-19 (Zak, 2020), México se ha convertido en un **país de destino** (forzado o no), y no primordialmente de **tránsito** para esta población como sucedía en años anteriores. En 2019, México acordó con Estados Unidos limitar el flujo migratorio desde la frontera sur, lo que la convirtió en una zona de restricción de la movilidad. A partir de mediados del mismo año, la Guardia Nacional mexicana fue desplegada en Chiapas, principal entidad de ingreso de personas migrantes indocumentadas. El Instituto Nacional de Migración (INM) detuvo en los primeros nueve meses del 2020 a 66% más migrantes que los detenidos en el mismo periodo de 2018, y cambió las especificaciones de las Tarjetas de Visitante por Razones Humanitarias (TVRH), señalando que la salida del país debía de ser por la frontera sur, lo que ha restringido el uso de ésta para transitar por México y llegar a Estados Unidos (Morley et al., 2021).

Estas transformaciones no menores en la composición del flujo migratorio en México evidencian la necesidad de explorar temáticas en relación con la salud y bienestar de estas “nuevas” poblaciones migrantes indocumentadas; así

como a situar la mirada en las ciudades fronterizas de México, en donde la población migrante que antes transitaba rumbo al norte para llegar a Estados Unidos o Canadá es ahora una población flotante y residente temporal (o permanente). Este es el caso de Tapachula, Chiapas, una de las ciudades principales de entrada, tránsito, y acogida de personas en situación migratoria irregular (**ver Sitio de estudio**).

El proceso migratorio, sobre todo cuando se presenta de manera irregular y forzada, constituye un determinante social de la salud. Es decir, la condición de migrante, por sí misma y en relación con otros determinantes, es un factor que influye en la salud de las personas en movilidad (Castañeda et al., 2015). Estudios realizados en México con población migrante en tránsito señalan que tres de cada diez personas habían presentado un problema de salud en las dos semanas previas a la entrevista, lo que, en comparación con la población mexicana, representa que las personas migrantes tienen 2.1 veces más riesgo de presentar un problema de salud (Leyva Flores et al., 2015).

Asimismo, se ha evidenciado que **las mujeres migrantes (definidas aquí como mujeres cis-género en movilidad y de una nacionalidad distinta a la mexicana) enfrentan necesidades de salud asociadas a su sexo, su género, su sexualidad y su reproducción**, incluidas

aquellas derivadas de haber sufrido violencia de género, tanto en sus países de origen, como las que se presentan durante el tránsito o establecimiento en México. Este contexto las expone a necesidades de salud específicas relacionadas con atención a violencia y violencia sexual, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS) y atención de la salud materna, entre otros. Aun cuando las barreras y facilitadores para el acceso a la salud de las personas migrantes son un tema ya estudiado con anterioridad por otras y otros especialistas en México, el análisis de las necesidades en salud sexual y reproductiva y el acceso a estos servicios para mujeres en condición migratoria irregular en México, es aún un tema poco explorado en el país.

Así, el presente estudio explora algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva (SSR) de mujeres migrantes indocumentadas en Tapachula, Chiapas. Presenta un diagnóstico situacional sobre las necesidades de SSR de esta población, así como la prestación de servicios de salud en esta localidad en el periodo de 2019 a 2020. El análisis busca identificar las barreras que enfrentan las mujeres migrantes y los factores que facilitan el acceso a servicios públicos de salud, tomando en consideración tanto los elementos macro (marco normativo), como los meso (prestación de servicios por

parte de las instituciones públicas de salud, de las organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales (OSC-OI); y micro-sociales- (características de las mujeres migrantes y experiencias en la búsqueda de atención).

El presente estudio tiene por objetivo coadyuvar en la identificación de necesidades y áreas de oportunidad para mejorar la atención de las mujeres migrantes desde un enfoque de género y de derechos humanos. Específicamente, se dirige a las y los actores involucrados desde distintos ámbitos y niveles de actuación en la prestación de servicios de salud a personas migrantes en Tapachula: autoridades sanitarias a nivel federal, estatal, municipal y de Distrito Sanitario; personas prestadoras de servicios de salud, OSC locales e internacionales, agencias de la ONU, así como autoridades e instancias responsables de garantizar el bienestar y los derechos de las personas migrantes.

El documento se presenta como un insumo para generar acciones concretas de coordinación entre actores que den lugar a mejoras en el acceso y la calidad de la prestación de servicios de SSR a mujeres migrantes en Tapachula, tomando en cuenta su diversidad

El estudio es el resultado de un ejercicio de diálogo y coordinación entre diferentes actores: el consorcio de tres organizaciones no gubernamentales: Ipas CAM, Médicos del Mundo Francia y Population Council, y una instancia de gobierno federal: el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), que contó con el apoyo de las autoridades locales de salud del estado de Chiapas y del Distrito Sanitario de Tapachula.

Incorpora diversas fuentes de información primaria y recoge diferentes voces de las mujeres migrantes, de personas representantes de las OSC-OI con nivel de actuación local que trabajan con y para esta población, y de personal de salud asignado a la atención en los servicios públicos de Tapachula. El estudio implicó un proceso de planeación adicional, ya que la recolección de datos se realizó durante la pandemia por COVID-19 en 2020, lo que contextualiza tanto la metodología seguida, como los hallazgos obtenidos.

En México, el primer caso confirmado de COVID-19 se notificó el 28 de febrero de 2020. El 23 de marzo, se decretó el inicio de la Jornada Nacional de Sana Distancia, medida que ordenó el cierre de espacios públicos (ej. escuelas, parques, actividades económicas no esenciales), y alentó a la población a quedarse en casa para evitar el contagio comunitario. Los servicios de salud se siguieron brindando, y la SSR se reconoció como un servicio de salud esencial durante la pandemia el 6 de abril de 2020 (Secretaría de Salud, 2020a).

Por tanto, el panorama que se presenta es particular y poco comparable con informes anteriores sobre la situación de acceso a servicios en Tapachula previo a marzo de 2020. Si bien esto es una limitante, es también una particularidad positiva del estudio, pues además de documentar necesidades, barreras y facilitadores previamente existentes, da cuenta de la exacerbación de las barreras, pero también de la implementación de estrategias para facilitar el acceso en un contexto inusual.

En 2021 se estima un incremento en los flujos migratorios en la región, y, por tanto, se puede ver afectada la capacidad de respuesta a las necesidades de las personas migrantes y en especial a quienes forman parte de los grupos vulnerables como las mujeres, las adolescentes y las niñas en los países de tránsito y destino, como México.

Ante este panorama, aún sin conocer los impactos de la pandemia por la COVID-19, este análisis pretende contribuir a la generación de estrategias y sinergias conjuntas para la prevención, detección oportuna y atención de calidad a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes.

Aunque la pandemia por COVID-19 redujo el flujo migratorio en México durante 2020, sin embargo, la crisis no ha sido únicamente sanitaria, ha sido también social y económica, y ha impactado de manera cruda y desigual a los países expulsores de migrantes.

El documento se encuentra estructurado en cinco secciones:

Antecedentes, Sitio de estudio, Metodología, Resultados, Conclusiones y Recomendaciones.

La sección de **Antecedentes** aporta información para contextualizar la razón de ser del estudio, las características generales del sistema de salud mexicano, y describe la complejidad en relación con la prestación de servicios gratuitos para población sin seguridad social.

La sección de **Sitio de estudio** contiene información respecto a la situación geográfica y socio-demográfica de la entidad y municipio de Tapachula, con el fin de contextualizar la interpretación de las secciones subsecuentes.

La sección de **Metodología** resume el diseño del estudio, la recolección de datos y sus limitaciones, y se enfoca en describir el análisis de la información recolectada a través de distintas fuentes de información (el Anexo 1 explica con mayor detalle la metodología del estudio).

La subsecuente sección de **Resultados**, parte de las voces de las **mujeres migrantes** para describir sus necesidades de SSR y experiencias de búsqueda de atención. Se presentan tres casos ilustrativos al respecto. En el apartado de hallazgos se describen las características de los servicios de SSR en Tapachula disponibles para el acceso de las mujeres migrantes, así como un análisis de las **atenciones otorgadas** en 2019 y 2020 -según datos oficiales-. Además, se describen algunas de las **barreras** y los **facilitadores** para la atención a la SSR de esta población, diferenciando entre niveles macro, meso, y micro social.

Finalmente, se emiten **Conclusiones y Recomendaciones** para las y los actores involucrados en el acceso a servicios de SSR de las mujeres migrantes indocumentadas en Tapachula, de acuerdo con su nivel de actuación.

2. Antecedentes

2.1. Mujeres migrantes y necesidades de SSR

La teoría feminista y de género enseña que la construcción social de lo femenino, del “ser mujer”, sitúa a las mujeres en una posición de inferioridad social vis-a-vis lo masculino (“el ser hombre”). Una perspectiva interseccional devela que el entrecruzamiento de otras características sociales, como la clase, el nivel educativo o el color de piel, configuran identidades que viven desventajas estructurales “añadidas”, y que generan inequidades sociales.

En el caso de la población de estudio, se entrecruza el ser mujer, el migrar de forma forzada en busca de seguridad y/o oportunidades, el migrar muchas veces de forma irregular, el migrar con (muy) limitados recursos económicos, y migrar en contextos altamente violentos. Para algunas de ellas, la discriminación racial se superpone a la vulnerabilidad que experimentan durante el tránsito migratorio: las mujeres racializadas negras perciben constante discriminación por parte de la sociedad y autoridades por igual.

En Tapachula, Chiapas, están documentados casos de violencia obstétrica y de negación de servicio de atención prenatal y

de parto en mujeres racializadas negras vinculados, en algunos casos, a muertes maternas, fetales y neonatales (Morley et al. 2021). En el sector público de salud la discriminación hacia mujeres migrantes africanas incluye comentarios racistas, críticas a sus prácticas culturales y prejuicios sobre su condición de salud, o señalamientos estigmatizantes como portadoras del ébola (Morley et al. 2021).

En el presente estudio se expone, además, que los roles de género atraviesan de manera transversal a todas las mujeres migrantes, quienes realizan el trabajo de cuidados de las y los niños con quienes viajan (muchas veces sus propias hijas e hijos), y quienes se responsabilizan del cuidado de su salud también.

Migrar siendo mujer implica exponerse a diversos riesgos a la salud y a la vida: agresiones sexuales y experiencias de relaciones sexuales forzadas por presión, necesidad de supervivencia, intercambio de protección, dinero y/o bienes -ya sea por autoridades migratorias mexicanas, “coyotes”, u otros migrantes- (Temores-Alcántara et al., 2015). Se ha reportado que entre

un 40% (Leyva-Flores & Quintino-Pérez, 2011) y un 60% (Amnistía Internacional, 2010) de mujeres migrantes que transitan de forma irregular por México han vivido este tipo de violencia.

Recientemente, Leyva-Flores y colegas (2019) reportan que el 14.2% de las 2,612 mujeres encuestadas, en su estudio, fueron violadas durante el trayecto migratorio, comparado con 1.5% de los 9,344 hombres encuestados, y 21.6% de las 67 personas transvesti, transgénero, y transexuales encuestadas (Leyva-Flores et.al. 2019).

Médicos Sin Fronteras (2020) específica que, de las mujeres migrantes entrevistadas en sus sitios de atención en distintos lugares de la ruta migratoria en México, 22.5% reportaron que habían sido acosadas sexualmente, 12.8% tuvieron alguna relación sexual no deseada, y 10% tuvieron sexo a cambio de algo.

Esta situación expone a las mujeres al riesgo de embarazos no deseados, ITS, y problemas de salud mental. Si el embarazo ocurre, surge la posibilidad de querer interrumpirlo, o de necesitar cuidados prenatales y atención en el parto. Estas y otras experiencias cualitativas y datos cuantitativos visibilizan la complejidad del fenómeno migratorio y los impactos que

tiene en la vida y la salud de las mujeres, las adolescentes y las niñas. Cuando el tránsito seguro no puede garantizarse, los efectos son inmediatos en la salud de las personas migrantes, mismos que pueden acumularse si sus problemáticas y necesidades no son atendidas (Ipas CAM, 2020).

El derecho a la SSR implica la obligación de los Estados de respetar, proteger y garantizar los derechos que le permitan a las personas vivir el estándar más alto de bienestar físico y mental (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2021). Estos derechos incluyen, pero no se limitan al derecho a la salud, educación, información, privacidad, confidencialidad, vida libre de coerción, explotación y violencia, no-discriminación e igualdad (Starrs et al., 2018).

En 2006, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, estableció que las mujeres tienen derecho a servicios de salud reproductiva que sean: disponibles en números adecuados, accesibles física y económicamente, accesibles sin discriminación alguna, y de buena calidad (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2006). Las mujeres migrantes indocumentadas, también tienen este derecho. Sin embargo, acceder

a servicios de salud en países de tránsito depende del marco legal, normativo, operativo, y del tipo de política pública que estos países impulsen. Las políticas restrictivas de movilidad se asocian a mayores efectos negativos en la salud de las personas migrantes, y a más barreras para el acceso a servicios (Juárez et al., 2019).

Según datos de ACNUR México, en 2018 la población que solicitó asilo tuvo mayor necesidad de atención de enfermedades crónicas, mientras que el 10% de las mujeres solicitantes se encontraban embarazadas y con necesidad de atender su salud sexual y reproductiva (MIRPS, 2020).

De igual forma, hay notable necesidad de atender la salud mental y física de poblaciones particulares, como las personas LGBTTTI+; quienes viven con alguna discapacidad; o quienes sufrieron violencia en sus países de origen o durante el tránsito (MIRPS, 2020).

Datos recolectados en Tapachula por Leyva et.al. (2016) en la Casa del Migrante Albergue Belén muestran que, de las 619 mujeres migrantes encuestadas, 52.3% (n=324) tuvo un problema de salud, enfermedad o accidente en las dos semanas previas a la encuesta, y el 88% (n=285) buscó atención. De ellas, la gran mayoría (97.9%, n=279) acudió al consultorio de la Casa del Migrante, y sólo un 1% (n=1) buscó atención en centros de salud (CS), sanatorio u hospital. Además, el 20.6% de las mismas 619 mujeres, tuvieron relaciones sexuales durante su viaje migratorio. De ellas (n=128), sólo 20.9% (n=26) utilizó un preservativo en su última relación sexual, porcentaje considerablemente menor respecto a los hombres encuestados (49.7%). De las 48 mujeres que estaban embarazadas al momento de la entrevista, sólo 22 (45%) recibieron atención prenatal. De ellas, 42.3% recibió atención en la Casa del Migrante, 19.2% en servicios médicos privados, 15.3% en centros de salud, y 23% en otros lugares.

2.2. Políticas y servicios de salud para la población migrante en México

2.2.1. Marco legal y normativo

México es signatario de distintos tratados internacionales que reconocen el **derecho a la salud de toda persona** que se encuentre en su territorio. El derecho a la salud está señalado en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El marco legal y normativo, tanto en materia de migración, refugio y protección internacional, como en salud, también reconocen dicho derecho

-independientemente de la situación migratoria en que se encuentren las personas- (Ver **Anexo 2** y **Anexo 3**).

Los migrantes tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica, provista por los sectores público y privado, independientemente de su situación migratoria, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables. Art. 8, Ley de Migración.

“Los migrantes tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica, provista por los sectores público y privado, independientemente de su situación migratoria, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.” **Art. 8, Ley de Migración.**

2.2.1.1. La reforma a la Ley General de Salud en 2019

En noviembre de 2019, se realizó una reforma a la Ley General de Salud, para establecer la **gratuidad de servicios**, medicamentos e insumos para la población sin seguridad social en los servicios de salud públicos. De esta forma, el Seguro Popular⁴ desaparece y se crea el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Este último es el encargado de organizar, operar, y supervisar la prestación de servicios

para la cobertura universal en salud (DOF, 2019a; Reich, 2020).

Previo a la reforma de 2019, las personas migrantes indocumentadas podían afiliarse al Seguro Popular y obtener atención gratuita durante los primeros tres meses de estancia en el país. La cobertura consideraba 294 intervenciones incluidas en el Catálogo Único de Servicios de Salud (CAUSES), las

⁴ El Seguro Popular fue, entre 2004 y 2019, el brazo operativo del Sistema de Protección Social en Salud. Antes de la reforma de 2019 las personas debían afiliarse al Seguro Popular para tener acceso gratuito al plan explícito de beneficios en salud subsidiado por el gobierno. Las enfermedades, medicamentos e insumos cubiertos por el Seguro Popular estaban especificados en el Catálogo Único de Servicios de Salud (conocido como CAUSES, por sus siglas).

66 intervenciones contempladas en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, y, para los menores de 5 años, las 151 intervenciones contempladas en el Seguro Médico Siglo XXI. Para los servicios, medicamentos e insumos no contemplados dentro de la cobertura del Seguro Popular, pero proporcionados por los servicios públicos de salud, se requería realizar un gasto de bolsillo (Secretaría de Salud, 2014).

Bajo el régimen del INSABI, el acceso a los servicios de salud para las poblaciones migrantes indocumentadas no requiere de afiliación alguna, es gratuito, y no tiene un límite de tiempo. La cobertura no tiene costo alguno para intervenciones, insumos y medicamentos que se proporcionen en servicios públicos del INSABI o las Secretarías o Institutos de Salud Estatales. Estas intervenciones son similares a las que cubría el Seguro Popular, pero se tiene la intención de incrementarlas gradualmente (el **Anexo 3** cuenta con más información sobre la operación y financiamiento del INSABI, así como sobre los cambios en la asignación de recursos y cobertura después de la Reforma a la Ley General de Salud 2019).

Una serie de factores han afectado la implementación del

INSABI: 1) el corto tiempo entre la aprobación de la Reforma (29 de noviembre de 2019) y el inicio de operaciones del INSABI (1 de enero de 2020) sin un plan de transición claro o disponible públicamente; **2)** las entidades federativas tenían hasta el 31 de enero de 2020 para decidir si se adherían al INSABI, o no; no obstante, los convenios de colaboración fueron publicados entre septiembre y octubre de 2020; **3)** las reglas de operación de uno de los programas financiados a través del INSABI, el Fondo de Salud para el Bienestar (el cual cubre enfermedades que generan altos gastos y por ello se consideran catastróficas), fueron publicadas el 7 de octubre de 2020 (Comité Técnico del Fondo de Salud para el Bienestar, 2020); **4)** la gratuidad de los servicios se fue dando de manera distinta en cada entidad federativa en el primer y segundo nivel de atención, mientras que en el tercer nivel, la exención de cuotas sólo se estableció de manera formal el 1 de diciembre de 2020 (DOF, 2020); y **5)** el inicio de la pandemia por COVID-19 en México al final de febrero de 2020, y la consecuente priorización del control y atención de esta enfermedad, dieron pie a que ese año fuera predominantemente de planeación y preparación, más que de implementación integral de los mecanismos operativos del INSABI.

La intención de universalizar el acceso a servicios de salud también se enfrenta a retos históricos del Sistema Nacional de Salud que dificultan el ejercicio pleno del derecho a la salud de quienes se encuentran en el país.

México se ha caracterizado por una baja inversión pública en salud⁵ (OECD, 2019), una insuficiente coordinación entre las distintas instituciones de salud (y sistemas de información en salud); y poca regulación del sector privado, lo cual ha generado constantes deficiencias en la prestación equitativa de servicios de calidad (González-Block et al., 2020).

Esto ha dado pie a que el gasto de bolsillo (también conocido como gasto en salud de los hogares) sea de poco más del 40% -41.3% según cifras de 2016 provistas en González-Block et al.; mientras que, en 2020, este fue del 42%, según estimaciones de las autoras con base en los datos del Subsistema de Cuentas en Salud a Nivel

Federal y Estatal (SICUENTAS) en 2019 (Secretaría de Salud, 2019a)-.

México tiene un marco normativo (Normas Oficiales) para la atención en Salud, incluida la SSR. Esta normativa, y el marco legal de la interrupción del embarazo, se describen en la sección 5.1.1.2. como facilitadores de la atención.

⁵ Los países pertenecientes a la OCDE promediaron en 2018 un gasto corriente en salud del 9.8% del Producto Interno Bruto (PIB), mientras que, en el mismo año, México destinó a salud el 5.5% del PIB (inversión pública, privada y gasto de bolsillo). Esto colocó a México en el lugar 38 de 44, por debajo de los países de América Latina como Costa Rica, Brasil, Chile y Colombia. (OECD, 2019)

2.2.1. El Sistema Nacional de Salud Mexicano

El Sistema Nacional de Salud Mexicano se caracteriza por ser un sistema fragmentado, complejo en su estructura y operación. En este se reconocen dos sectores: el público y el privado.

El órgano rector de la prestación de servicios de salud en México es la Secretaría de Salud (SSA), que a nivel Federal y con referencia al sector público de salud, gestiona las instituciones de seguridad social, y junto con sus partes homólogas en los 32 estados de la república, organiza la prestación de servicios para la población sin seguridad social **(ver Figura 1)**⁶. Las Secretarías de Salud Estatales tienen bajo su coordinación organismos públicos descentralizados (OPD), a los cuales se les denominan Servicios Estatales de Salud (SESA) o Institutos de Salud. Son estos organismos quienes operan los servicios de salud. La

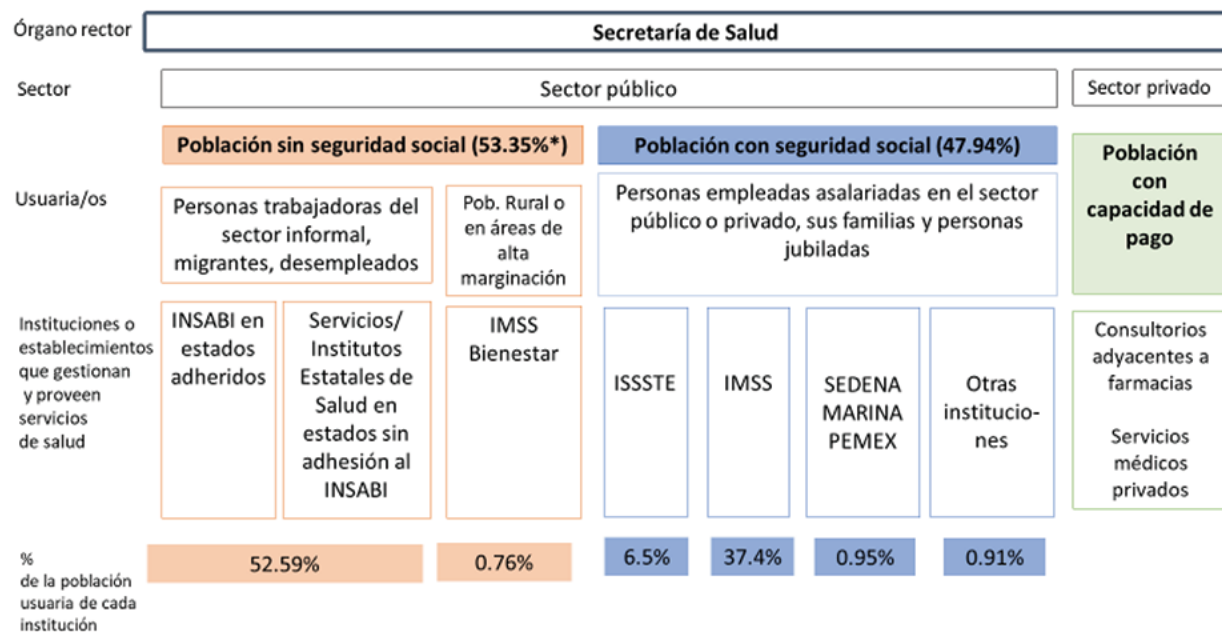
operación se realiza a través de redes de coordinación regional, conocidas como Distritos Sanitarios o Jurisdicciones Sanitarias. Estos distritos cuentan con dos áreas: 1) coordinación y supervisión de la operación de las unidades de salud para la población no asegurada; y 2) coordinación y seguimiento a los programas de salud pública que se están implementando. Se espera que estos Distritos de Salud coordinen la atención a través del Modelo de Salud para el Bienestar (SABI), que impulsa la atención primaria a la salud y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) (Secretaría de Salud, 2020b).

⁶ Las principales instituciones que prestan servicios de salud a la población con seguridad social son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA); Secretaría de Marina-Armada de México (Marina); y Petróleos Mexicanos (PEMEX).

La prestación de servicios de salud se organiza por niveles de atención. En el sector público, el **primer nivel** de atención es para la promoción y prevención de la salud, así como para consulta externa de enfermedades comunes, y se presta en casas de salud (500 a 2,500 habitantes); unidades médicas móviles; y centros de salud (CS) (500 a 6,000 familias). Los CS también se clasifican dependiendo del recurso humano y técnico con el que cuentan; estos se conocen como núcleos básicos: de 1 a 12 núcleos (ej. a partir del núcleo 6 se cuenta con técnico laboratorista, y del 7 en adelante con técnico radiólogo).

El **segundo nivel** es hospitalario y brinda servicios de especialidades básicas. Si cuenta con menos de 30 camas es un Hospital de la Comunidad, y si cuenta con entre 30 y 180 camas es un Hospital General (que brinda atención entre 50,000 y 200,000 personas usuarias). El **tercer nivel** atiende casos complejos de subespecialización en Hospitales Nacionales o Regionales de referencia e Institutos Nacionales de Salud (González-Block et al., 2020).

Figura 1. Sistema de Salud Mexicano



Fuente: elaboración de las autoras con información de Secretaría de Salud/INSABI, 2021.

*Los porcentajes de cobertura consideran a la población total del país. La suma puede ser mayor al 100% debido a la población con doble afiliación.

2.2.2. Políticas de salud enfocadas en la población migrante

El *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024* tiene entre sus premisas “construir un país con bienestar” en donde no se deje a nadie atrás, ni a nadie afuera (DOF, 2019c). En este sentido ha impulsado la cobertura universal en salud, que “busca garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación, así como los exámenes clínicos” (MIRPS, 2020). El enfoque busca fortalecer la atención primaria de la salud, priorizando la salud de la mujer, la salud mental, y enfermedades crónicas (MIRPS, 2020).

El *Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante* (PIASM) (Secretaría de Salud, 2020d), es una estrategia de la Secretaría de Salud que contempla acciones administrativas y operativas a nivel federal, estatal y de distrito (jurisdiccional), para brindar atención primaria, de urgencias, hospitalización, rehabilitación, o cuidados paliativos, sin importar la condición migratoria. Este plan enfoca esfuerzos a la salud mental, y a la atención en SSR (sobre todo embarazo, anticoncepción, y atención a la violencia sexual). A lo largo de 2020, el PIASM fue modificado y actualizado. El **Cuadro 1**, recoge algunas acciones planteadas en el PIASM publicado en noviembre del 2020.

Cuadro 1. Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante

Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante (PIASM)	
Institución o personal responsable	Acciones estipuladas
Personal médico operativo de los servicios de salud (SS) incluidos hospitales que forman parte del convenio general de colaboración para la atención de emergencia obstétrica.	"Atención oportuna de urgencias médicas buscando la estabilización, el diagnóstico y manejo terapéutico cuando sea posible y maximizando el beneficio para la vida y la función, su canalización inmediata a establecimientos previamente identificados con mayor capacidad resolutive para su atención integral y oportuna."
	"Atención de la mujer embarazada y de la persona recién nacida, resolviendo padecimientos relacionados con el estado de gravidez, incluyendo los diagnósticos de mayor frecuencia. Favorecer la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses y complementaria hasta los dos años."
Nivel local, Distrito Sanitario (Jurisdicción Sanitaria) Componente de salud pública.	"Censo de mujeres en edad fértil (distinguiendo de las adolescentes) en los refugios, para proporcionales métodos anticonceptivos o anticoncepción de emergencia."
	"Llevar a cabo talleres y asesorías sobre educación sexual, habilidades para la vida y autocuidado para la salud en adolescentes."
	"Proponer en su caso el paquete básico de intervenciones del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA) que se puedan llevar a cabo en las instalaciones de los refugios y con el resto referir a unidad de salud y/o servicios amigables."
	"Ofertar pruebas rápidas de VIH, incluidas mujeres embarazadas, otorgamiento de métodos anticonceptivos, incluidos los de emergencia."
	"Promover el uso correcto del condón masculino y femenino."
	"Búsqueda intencionada de ITS en población adolescente."
	"Integrar la Red Obstétrica para detección y referencia de urgencia obstétrica."
	"Identificar a las mujeres embarazadas y en riesgo, incluida la violencia sexual."
	"Capacitar a las embarazadas y/o puérperas en los sitios establecidos en el ámbito de aplicación, así como llevar a cabo el censo de mujeres lactando."
	"Realizar consejería y educación a mujeres migrantes sobre salud materna y violencia de género."
	"Difundir información sobre embarazo parto, puerperio y signos de alarma, lactancia materna, planificación familiar, violencia sexual, prevención del embarazo e infecciones de transmisión sexual, servicios de interrupción voluntaria del embarazo por violación u otras causas dependiendo la entidad federativa y enfermedades transmitidas por vectores (ETV)."

3. Sitio de estudio

El estado de Chiapas comparte 573 km de frontera con Guatemala, y es la entrada principal de personas migrantes irregulares a México. En 2019, el 30% de los eventos de presentación a autoridades migratorias sucedieron en este estado (OIM, 2019). Chiapas concentra la mayor cantidad de personas que solicitan el reconocimiento de la condición de refugiadas en México; en 2019 y 2020, el 60 y 61% de los casos de solicitud, respectivamente se realizaron en Chiapas (COMAR, 2021).

En esta entidad viven 5,543,828 personas, lo que representa el 4.4% de la población de México; casi un tercio de la población habla un idioma indígena (28.17%) (INEGI, 2020). Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2020), en 2018, el 76.4% de la población de Chiapas vivía en situación de pobreza, es decir, 4,174,600 personas aproximadamente. Para el mismo año, fue la entidad federativa con mayor porcentaje de mujeres en pobreza, que equivale a aproximadamente 2,124,600 mujeres en esta situación; y el porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud en el estado fue 1.4

puntos porcentuales mayor que el porcentaje nacional, que se estimó en 17.6%. Los municipios con mayor número de personas en pobreza extrema en 2015 fueron Chilón, Ocosingo, Chamula, Tila y Tapachula. Estos municipios concentran el 20.5% de la población de la entidad (CONEVAL, 2020).

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020 (INEGI, 2020), el municipio de Tapachula cuenta con una población total de 353,706 habitantes (51.4% del total son mujeres). **El 5.6% de la población de 5 años o más es migrante nacional o internacional;** de la cual 38% llega a Tapachula por trabajo; 30.4% por razones familiares; 20.6% por inseguridad; 4.5% a estudiar; y 6.8% por otras causas. **(Ver Gráfica 2).**

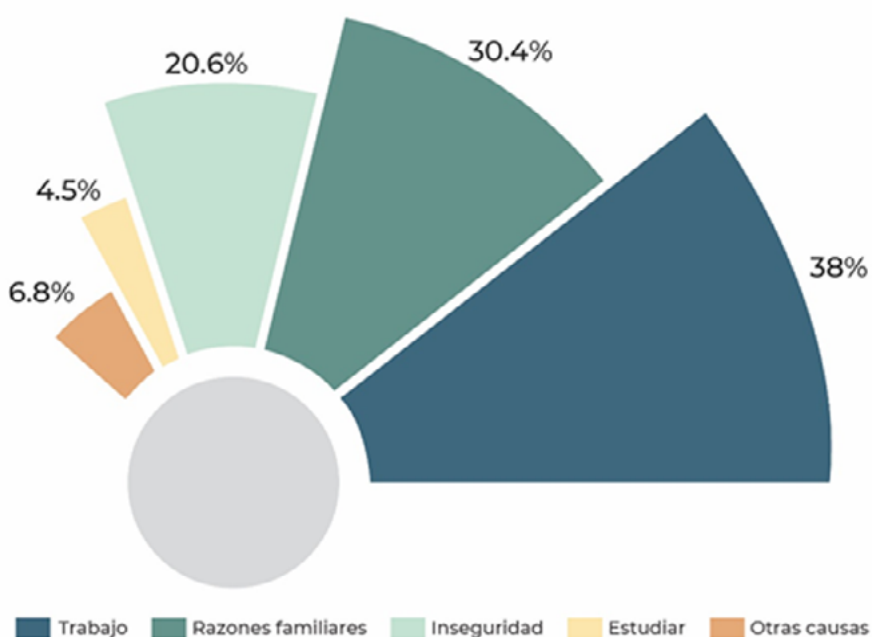
Tapachula de Córdova y Ordoñez es una ciudad fronteriza con larga historia en el intercambio cultural, económico, familiar, y de personas trabajadoras transfronterizas **(ver Mapa 1)**. Actualmente, es la ciudad chiapaneca más importante en cuanto al flujo migratorio sur-norte, reportando de enero a julio de 2019 un total de 35,308 eventos de personas extranjeras presentadas ante las autoridades migratorias, lo que representa el 40% del total

de eventos en Chiapas en ese periodo (n=79,838). Cuenta con ocho puntos de cruce oficial, además de los 56 puntos informales de cruce identificados por autoridades mexicanas (OIM, 2019).

En Tapachula, las principales nacionalidades de personas migrantes alojadas en albergues corresponden a los países de Honduras, Guatemala, El Salvador, Haití y Cuba. Desde 2019, también se ha observado la llegada de personas de otros países extracontinentales, como los países

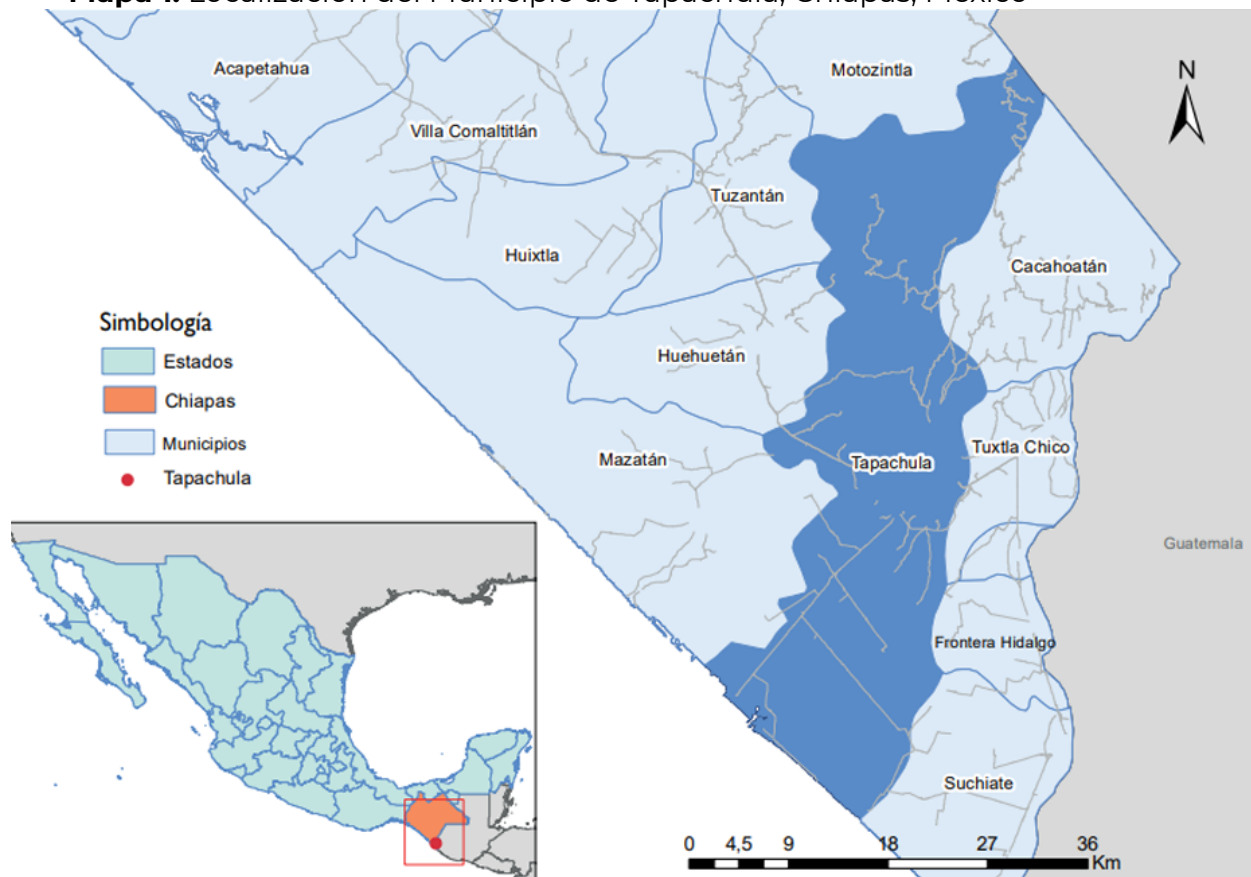
africanos, lo cual ha significado un choque cultural y racial para algunos sectores de la población local. Se ha identificado una proporción equitativa entre hombres y mujeres de origen centroamericano y de países como Cuba, Haití, Camerún, y República Democrática del Congo en los albergues de la ciudad (OIM, 2019), lo que evidencia la feminización de la migración y con ello la diversificación de las necesidades de atención a la salud.

Gráfica 2. Motivos de migración hacia Tapachula



Fuente: Elaboración de las autoras con datos de INEGI, 2020

Mapa 1. Localización del Municipio de Tapachula, Chiapas, México



Fuente: Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2019).

A partir de 2019, Tapachula se ha convertido en una zona de detención y retención de personas migrantes indocumentada tras la implementación de políticas públicas nacionales para detener el flujo migratorio hacia el norte (OIM, 2019). A esto contribuye el hecho de que, por normativa, quienes solicitan el reconocimiento de la condición de refugiadas deben permanecer en el mismo lugar en donde hicieron la solicitud hasta por 90 días hábiles (período en que las autoridades deben de emitir su resolución) (ACNUR, s.f.).

La pandemia por COVID-19 ha recrudecido esta situación pues, aunado a la restricción de movimiento por razones sanitarias, la suspensión de plazos y procesos en oficinas de la COMAR y del INM, ha postergado la resolución de casos y emisión de documentos que permiten la movilidad, entre ellos, la Tarjeta de Visitante Regional -TVR- o Tarjeta de Visitante por Razones Humanitarias -TVRH⁷. La población migrante indocumentada en Tapachula se encuentra en la Estación Migratoria Siglo XXI (mayoritariamente); en albergues; en asentamientos informales, y en situación de calle durmiendo en el Parque Central Hidalgo y sus alrededores (OIM, 2019).

⁷ La Tarjeta de Visitante por Razones Humanitarias (TVRH) permite la movilidad por el país hasta por un año, así como la posibilidad de trabajar.

Este contexto complejiza las dinámicas de un municipio con muchos retos sociales. Más de la mitad de la población de este municipio (55%) no tiene escolaridad o completó solamente la educación básica. En 2010 y 2015, se estimó para Tapachula un 65% y 54% de la población en situación de pobreza, respectivamente,⁸ y fue de los municipios de Chiapas con mayor número de personas en esta condición en ambos años (CONEVAL, 2020).

Asimismo, 56.5% de la población son derechohabientes de alguna institución de seguridad social, mientras que un tercio de la población (32.5%) no tiene derechohabiencia (INEGI, 2020). Este último porcentaje (aproximadamente 114,954 personas) es la población objetivo de los servicios de salud estatales del INSABI y de IMSS-Bienestar. El **Cuadro 2** describe brevemente las unidades de salud del sector público presentes en el municipio de Tapachula, y el **Mapa 1** presenta su distribución.

⁸ Este porcentaje, sin embargo, es considerablemente menor respecto a la situación de otros municipios del estado; por ejemplo, en 2015 se estimó que, para municipios como Aldama o Nicolás Ruiz, el 99.6 y 99.4% de la población se encontraba en situación de pobreza (CONEVAL, 2020).

Cuadro 2. Sistema de Salud Público en Tapachula

Sistema de Salud Público en Tapachula

El catálogo de las Claves Únicas de Establecimientos de Salud (CLUES) lista un total de 39 unidades de salud en Tapachula que son parte del Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH).

En el municipio existen 37 unidades de primer nivel de atención: 7 centros de salud (CS) rurales, 13 casas de salud, 3 unidades móviles, 9 CS urbanos, y 4 unidades de especialidades médicas (UNEME) que prestan atenciones que no requieren hospitalización: 1 de diagnóstico y tratamiento de hipertensión, riesgo cardiovascular, diabetes mellitus y sobrepeso (UNEME SORID -enfermedades crónicas); 2 para intervención contra las adicciones (UNEME CAPAI y CAPA II); y 1 para la promoción, prevención y tratamiento de VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual (UNEME CAPASITS)–. De acuerdo con los resultados del presente estudio, son 4 CS urbanos los que proporcionan atención a una mayor proporción de mujeres migrantes en Tapachula (ver Mapa 2 y Tabla 6).

El Hospital General de Tapachula (HGT) es la unidad de salud de segundo nivel de la Secretaría de Salud que se encuentra en el municipio de Tapachula. El Hospital se ubica a las afueras de la ciudad de Tapachula de Córdova y Ordoñez

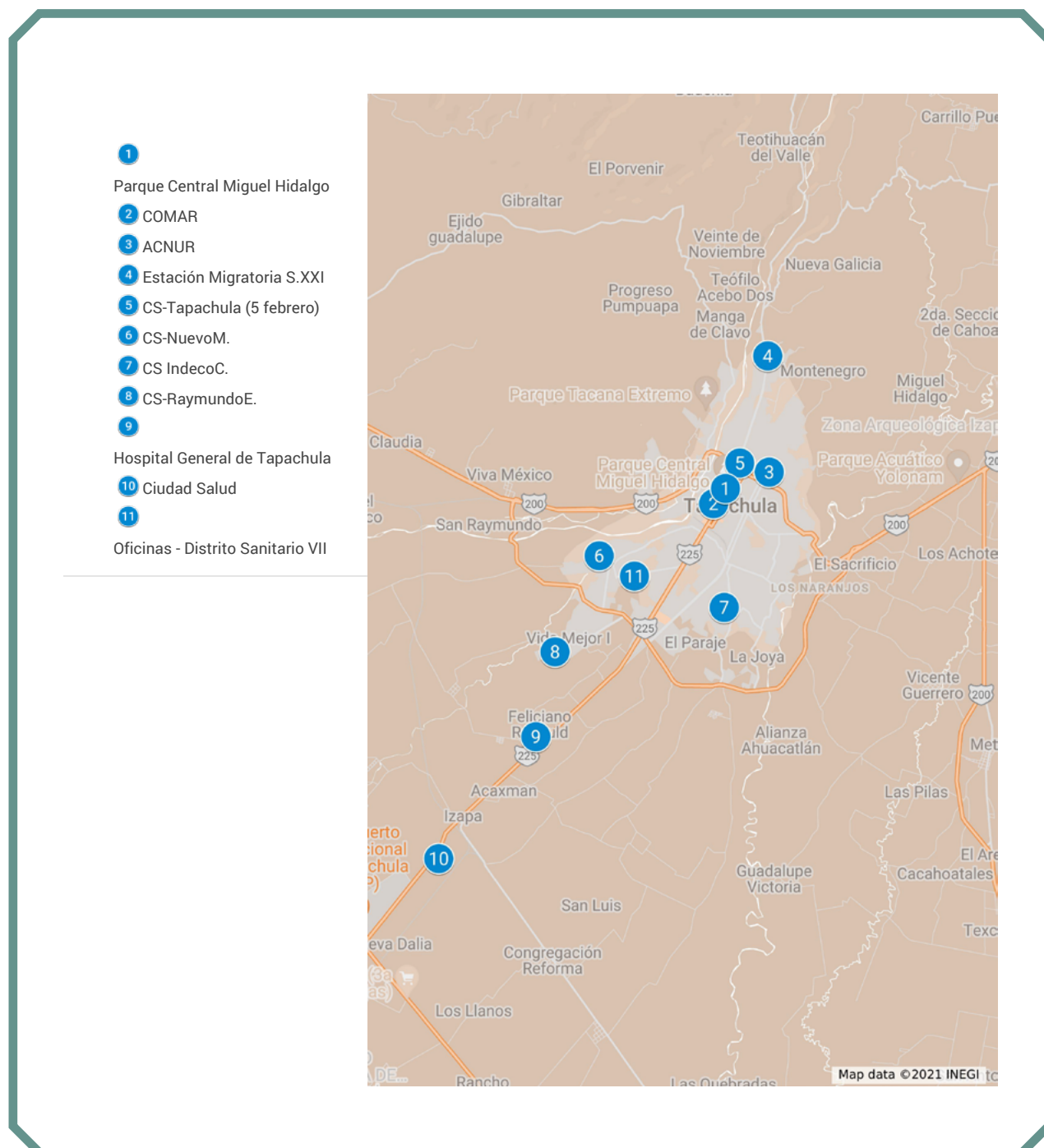
(sobre la carretera Tapachula – Puerto San Benito), y a una distancia aproximada de 9.5 km con el Parque Central Miguel Hidalgo (ver Mapa 2). Los servicios de consulta externa de estas especialidades se encuentran disponibles de lunes a domingo en un horario de 08:00 a 20:00 horas. El HGT también cuenta con servicio de urgencias abierto los 7 días de la semana las 24 horas al día.

Alrededor de 5.6 km más delante del HGT, sobre la misma carretera, se encuentra El Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud” (HRAE-Ciudad Salud). Esta es la unidad de salud de tercer nivel de la Secretaría de Salud que se encuentra disponible en el municipio de Tapachula.

El Distrito Sanitario número VII (DSVII), antes Jurisdicción Sanitaria VII, implementa el PIASM en este municipio. La Coordinación de Atención a Personas Migrantes y Desastres Naturales del DSVII (CAMDN-DSVII), es el área encargada de coordinar todas las acciones destinadas a atender la salud de la población en movilidad (ver Actores que prestan atención).

Fuente: Catálogo CLUES. Actualización Catálogo 2020 (DGIS, 2020).

Mapa 2. Distribución de las unidades médicas más utilizadas por la población migrante y otras instituciones en Tapachula, Chiapas



Nota: CS – Centro de Salud.

La distancia entre el Parque Central Miguel Hidalgo (1) y el Hospital General de Tapachula (9) es de 9.5 km aproximadamente, y entre dicho parque y Ciudad Salud (10) es de 14 km aproximadamente.

Fuente: Elaborado por las autoras a través de GoogleMaps.

4. Metodología

El presente es un estudio mixto, cualitativo y cuantitativo. Una descripción detallada de la metodología se encuentra en el **Anexo 1** de este informe. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética Allendale Investigational Review Board (20 de agosto de 2020).⁹

El componente cuantitativo consistió en la recolección de datos disponibles en los sistemas de información públicos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Se recolectó información sobre la capacidad instalada: recursos humanos, infraestructura y equipo médico, horarios de atención y atenciones brindadas en temas de SSR en 2019 y 2020 (periodo de enero a septiembre de ambos años¹⁰) en las unidades de salud de la Ciudad de Tapachula pertenecientes al Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH).

Se solicitó a representantes del ISECH del nivel estatal y distrital la validación y/o actualización de los datos y complementación de información no disponible en los sistemas de información

de libre acceso, especialmente aquella relacionada con la vigilancia epidemiológica y atenciones brindadas a mujeres migrantes en el mismo periodo. Asimismo, en octubre de 2020, se aplicó vía telefónica una lista de verificación en el Hospital General de Tapachula (HGT) para identificar la capacidad instalada para la prestación del servicio de aborto legal y seguro.

El componente cualitativo consistió en entrevistas semiestructuradas telefónicas a representantes de Organizaciones de la Sociedad Civil y Organismos Internacionales (OSC-OI) (abril-julio, 2020), y prestadores de servicios de salud del sector público (octubre-noviembre, 2020); así como entrevistas en profundidad presenciales con mujeres migrantes (octubre, 2020).¹¹ El muestreo en los tres casos fue por conveniencia.

El contexto de pandemia en que se realizó la recolección de datos influyó en la decisión de realizarla de forma remota (excepto para las entrevistas con mujeres). También, se

⁹ <https://www.regulatoryandtechnicalassociates.com/airb>

La recolección de datos por parte de Population Council inició en Tapachula en abril de 2020 al contar con la aprobación del Institutional Review Board de Population Council (#EX2020009).

¹⁰ La recolección de datos del componente cuantitativo se llevó a cabo de noviembre de 2020 a febrero de 2021.

¹¹ Las diferentes organizaciones que conforman el consorcio se hicieron cargo de la recolección de datos de las poblaciones participantes: mujeres migrantes (MdM), OSC-OI (Population Council), prestadores de servicio (Ipas CAM), y unidades de salud en Tapachula (CNEGSR).

sugiere que este contexto afectó la disponibilidad de tiempo (y/o interés de participación) de potenciales respondientes de las organizaciones de la sociedad civil, albergues, y profesionales de la salud. Esto es entendible dado el incremento en cargas laborales, así como los posibles cambios en los procesos, patrones de atención y disponibilidad de los servicios que se dieron a raíz de la pandemia. Se atribuye en parte a esta circunstancia, las limitantes de la

información que se pudo recolectar y las y los respondientes que pudieron participar en el estudio. No obstante, la recopilación de datos desde diversas perspectivas y fuentes permite mostrar un panorama integral y generar recomendaciones útiles para mejorar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes en Tapachula.

4.1. Sobre la población entrevistada

4.1.1. Mujeres migrantes

Para la identificación de las mujeres migrantes entrevistadas (definidas como mujeres cis-género en movilidad de una nacionalidad distinta a la mexicana), se utilizó la técnica de bola de nieve. Médicos del Mundo (MdM) invitó a mujeres migrantes que solicitaron atención en SSR a participar en el estudio, y también se extendió la convocatoria a través de organizaciones socias presentes en el territorio. 16 de las 35 mujeres invitadas a participar fueron entrevistadas. Todas las entrevistadas son mujeres biológicas¹². El perfil de las mujeres entrevistadas muestra diversidad tanto en países de origen (seis diferentes), edad (17-56 años),

orientación sexual, estado civil, paridad, acompañantes en el trayecto migratorio, razones de movilidad y destino (ver **Tabla 1**). Es importante resaltar que, dada la técnica de identificación, todas las mujeres entrevistadas tuvieron contacto con OSC-OI, es decir, no se contactaron a mujeres migrantes directamente en los servicios de salud, ni por referencia o recomendación del personal de los Servicios Estatales de Salud (SESA) o el DSVII; lo que supone una limitante metodológica del perfil de las mujeres a quienes representa el estudio.

¹² El estudio no incluye información específica sobre población transexual o transgénero, ni de barreras o facilitadores para la atención de su SSR.

4.1.2. OSC-OI

Population Council también utilizó la técnica no probabilística de bola de nieve para invitar a OSC-OI a participar en una entrevista semi estructurada. Se exploraron los servicios de SSR que ofrecen a mujeres migrantes, así como las barreras que identifican en la prestación de servicios públicos en la ciudad de Tapachula. Se realizaron 10 de 19 entrevistas programadas. Entre los retos y limitantes para realizar todas las entrevistas planeadas destaca la falta de tiempo de algunas personas invitadas a participar y la imposibilidad para lograr la comunicación telefónica en otros

casos. Se solicitó entrevistar a personal operativo de las OSC-OI, y se entrevistó al personal asignado por cada organización. El perfil de las organizaciones entrevistadas (n=10) también es heterogéneo, participaron tanto organizaciones locales (n=5) como internacionales (n=5); 4 de ellas autodefinidas como feministas. La mayoría de las organizaciones entrevistadas se definen laicas, sin vínculos a instituciones religiosas o de fe, (laicas n=9). Sólo se logró llevar a cabo una entrevista con un albergue para migrantes en la ciudad.

4.1.3. Personal de salud

Ipas CAM programó entrevistar a 24 personas trabajadoras de la salud del primer y segundo nivel de atención, que fueran empleadas por los SESA y que atendieran a personas en situación de movilidad, finalmente se realizaron 17 entrevistas. La mayoría de las personas entrevistadas trabajan en la unidad de segundo nivel de Tapachula (HGT); una persona entrevistada trabaja en el primer nivel de atención; y una más

trabaja como personal de salud en un albergue de la ciudad. El perfil de las personas entrevistadas fue heterogéneo, tanto de nivel de especialidad como en términos de actividad profesional que desempeñan, siendo la mayoría personal de primera línea o contacto directo con las usuarias: profesionales de medicina (n=8), enfermería (n=3), psicología (n=2), y trabajo social (n=4).

4.1.4. Coordinación de Atención a Personas Migrantes y Desastres Naturales (CAMDN-DSVII)

En 2020 no se pudo concretar la entrevista con personal de la Coordinación de Atención a Personas Migrantes y Desastres Naturales, pero se realizó vía remota a una persona que forma parte del equipo del Distrito Sanitario VII en mayo de 2021.

4.2. Análisis

El análisis de los datos cuantitativos fue descriptivo y univariado. Para el análisis de datos cualitativos se usó un abordaje deductivo-inductivo e iterativo. Se partió de un marco de análisis generado a través de una revisión de bibliografía sobre acceso a servicios de salud en poblaciones en movilidad y contextos humanitarios. El **marco de análisis es ecológico**: parte de la experiencia y necesidades de las mujeres migrantes como centro, y establece niveles de actuación, elementos necesarios para facilitar el acceso a los servicios de salud y barreras, cuando estos elementos están ausentes o son deficientes.

El **nivel macro** se refiere al marco normativo legal y social que habilita o no la prestación de servicios de SSR a las personas (mujeres) migrantes en Tapachula. El marco legal, puede estipular o no el derecho a la salud para

esta población y determina la operatividad de la prestación de los servicios. Por otro lado, las consideraciones sociales (normas sociales) en torno al género, la SSR, la migración, la discriminación, entre otros temas, condiciona un entorno social que habilita o inhibe la atención a la salud.

La prestación de los servicios, el **nivel meso** (institucional), se define por la capacidad instalada en distintos ámbitos: liderazgo -voluntad política y operatividad-; sistemas de información que permitan monitorear los servicios de salud prestados y las necesidades de la población atendida; financiamiento; infraestructura; productos médicos y tecnologías (insumos) suficientes para responder a la demanda de servicios; recursos humanos suficientes y capacitados para brindar una atención de calidad.

Por otro lado, el **nivel micro** social (contexto próximo y características y experiencias de las mujeres migrantes) incluye las condiciones materiales de pobreza en que viven las mujeres migrantes en Tapachula; las experiencias o percepciones de estigma, xenofobia, y discriminación por parte de la población en esta ciudad; la condición de género (ser mujer), y las implicaciones que eso tiene en el rol que debe desempeñar, así como en la posibilidad de vivir violencia de género; además de otras características individuales como la edad, conocimiento sobre SSR, y las experiencias previas de atención. Todo lo cual influencia sus necesidades de salud, y la búsqueda de atención. Las redes

de apoyo ya sean del entorno inmediato (como la familia), o por parte de la sociedad civil, coadyuvan en esta búsqueda.

Este marco inicial fue la base de la primera versión del libro de códigos usado. El libro fue contrastado y ajustado vis-a-vis con entrevistas seleccionadas por su riqueza y complejidad, y los códigos fueron aplicados una vez lograda la concordancia entre las codificadoras y el codificador. La triangulación de información entre los hallazgos de la capacidad instalada de los servicios de salud en Tapachula y los hallazgos cualitativos de las entrevistas, permitió generar evidencia y concluir los hallazgos que se describen en la siguiente sección.

4.3. Limitaciones del estudio

Las principales limitaciones del estudio se refieren a la disponibilidad de datos o posibilidad de recolectarlos entre ciertas poblaciones. Esto se relaciona con el contexto de pandemia en que se desarrolló el estudio, y que ha influido en la capacidad de localizar a posibles participantes (ej. oficinas cerradas), así como en su disposición de tiempo para recabar información cuantitativa, o participar en la investigación como informantes clave. En este sentido, es importante notar la poca información con la que se cuenta de parte de: **a)** servicios públicos de SSR prestados a mujeres

migrantes con base en registros de los subsistemas de información en salud, principalmente del Subsistema de Prestación de Servicios (SIS); **b)** albergues que reciben mujeres migrantes en Tapachula; **c)** personal de salud del primer nivel de atención; y **d)** personal de salud en albergues. De igual forma, **e)** las entrevistas a mujeres se limitan a una población que ha tenido contacto con OSC-OI. Finalmente, **f)** tampoco se tiene información alguna sobre la prestación de servicios de los consultorios adyacentes a farmacias y las farmacias mismas.

5. Resultados

5.1. Necesidades de salud sexual y reproductiva

El perfil de las mujeres migrantes en tránsito que se entrevistaron en este estudio es heterogéneo en términos de edad, país de origen, destino, características y razones de movilidad, paridad, estatus civil, entre otras características (ver Tabla 1). La mayoría de las mujeres entrevistadas están en edad reproductiva¹³ (n=13), 9 de ellas tienen 25 años o menos. 2 de las mujeres entrevistadas se autodefinen como lesbianas. La mayoría de las 16 mujeres entrevistadas tiene pareja (n=10) e hijas/os (n=15), y viajan con esta familia. La mayoría viaja también con otras personas adultas (n=11). Todas las respondientes se dedican al trabajo de cuidados.

En cuanto a la **razón para migrar**, todas (excepto 1 mujer que expresamente viaja a Tapachula en busca de servicios de salud) hablan de contextos adversos para el desarrollo personal y/o familiar en sus países de origen. Estos contextos pueden ser violentos (ej. abuso sexual, reclutamiento de sus hijos para pertenecer a las pandillas); de conflicto político-social (ej. persecución a la diversidad sexual), y ausencia de oportunidades laborales dadas

las violencias y conflictos. En el discurso de las mujeres, estas categorías están relacionadas, es decir, no son mutuamente excluyentes. Sus narraciones también dejan entrever que el **trayecto migratorio** no las ha liberado de situaciones adversas, al sentirse discriminadas y con miedo de continuar viviendo violencias.

Destaca que, de las 16 mujeres entrevistadas, ninguna manifiesta la intención de llegar a Estados Unidos durante la entrevista. 2 decidieron quedarse en Tapachula (1 de ellas vive en la ciudad desde hace 15 años); 4 tienen la intención de viajar a otra ciudad en México (ej. Tijuana, Monterrey, Querétaro) –la mayoría para reunificar con su familia; 2 más piensan viajar a Canadá; y otras 2 mujeres no han elegido su destino–. Finalmente, la mitad de las mujeres llevan meses en Tapachula, esperando mejores condiciones para la movilidad (sobre todo, obtención de la TVRH). Estas características, el **contexto específico** de cada mujer, así como las percepciones que tienen sobre sí y su SSR, condicionan las necesidades de salud que perciben y la búsqueda de atención.

¹³ En este estudio se considera la edad reproductiva de 15 a 49 años.

Tabla 1. Características de las mujeres migrantes entrevistadas en Tapachula, 2020.

	Categoría	Frecuencia (n=16)
País	Guatemala	4
	El Salvador	2
	Honduras	4
	Cuba	3
	Haití	2
	Nicaragua	1
Edad*	<18	2
	18-25	7
	26-35	2
	36-45	2
	> 45	3
Mujeres lesbianas (n=16) Tiene una pareja (n=15) Viaja con pareja (n=10) Tiene hija/os (n=16) Promedio de hijo(a)s por mujer Viaja con hijo(a)s (n=13) Viaja con otras personas adultas (n=15) Trabajo doméstico y de cuidados (n=16)	Sí	2
	Sí	10
	Sí	9
	Sí	13
	-	2.3
	Sí	12
	Sí	11
	Sí	16
Razón de migración (n=14)	Económica**	4
	Violencia	7
	Discriminación+	2
	Salud	1
Lugar de destino (n=11)	Tapachula	2
	Otra ciudad en México++	4
	EEUU	0
	Canadá	2
	No sabe	2
	Retorno a país de origen	1
Tiempo en México (n=15)	</= 1 mes	5
	</= 1 año	8
	>1-3 años	1
	>4 años	0
	>10 años	1

*Edades: menores de edad (17 años); 24-25; 28 y 35; 43 y 44; 50, 55, y 56 años.

** 2 mujeres mencionan contexto de violencia y ausencia de oportunidades laborales.

+Por orientación sexual; también ligado a violencia de Estado.

++ La mayoría por reunificación familiar o por conocer a otras personas migrantes o considerar que es un lugar en donde se reciben migrantes (ej. Tijuana, Monterrey).

Fuente: Elaboración de las autoras

En general, el contexto social de las participantes en el estudio se caracteriza por: **1)** el ser mujer y los roles de género asociados a ello, incluido el de cuidadoras, y la mayor probabilidad de vivir violencias contra las mujeres por razón de género; **2)** la condición de migrante (movilidad y/o falta de documentación); **3)** circunstancias económicas y materiales de pobreza; **4)** el estigma y la discriminación social que perciben por ser migrantes indocumentadas y racializadas; y **5)** experiencias durante su trayecto migratorio o en trayectos previos emprendidos.

“Pero yo no desayuno, yo mi almuerzo, desayuno y almuerzo [lo hago] una o dos [de la tarde] cuando llego a mi casa de trabajar. Entonces quizás eso también me ha pasado con mi periodo, con este dolor que ando, o con el dolor de cabeza, porque antes de salir de mi país sí me pegaba [sí lo padecía], pero no como ahora, con este dolor.”

ID-34-Honduras

“Muchas veces con los hombres nos ven y cuando saben que somos (...) empiezan a decirle cosas pesadas a uno, groserías. Y cuando uno viene y se les queda viendo serios ‘un poco de respeto por favor’, ‘¿qué respeto quieren ustedes si ustedes vienen acá, son unas...?’. Imagínese, son cosas feas. En una ocasión pasamos con mi niña y empiezan unos hombres, estaban como que, tomando, y empezaron a decir ‘ah las guatemaltecas sólo vienen a robarse los maridos de otras mujeres y a decir muchas cosas feas. Y uno tiene quien dice hacerse el sordo o cruzarse a otro camino para no estar oyendo las cosas que los hombres dicen.”

ID-29-Guatemala

La **Tabla 2** muestra las necesidades de SSR que reportan tener las mujeres migrantes al momento de la entrevista. Estas necesidades a veces se expresan como preocupación sobre ese aspecto de su salud que están padeciendo y no han llegado a atender, otras veces como problemas en evolución que están siendo atendidos y, también, como otras necesidades que se tuvieron que atender (referir) al momento de la entrevista.

Salud menstrual hace alusión a padecimientos como dolores fuertes, bolas de sangre, cambios en el ciclo menstrual o alguna otra referencia a dificultades asociadas al ciclo menstrual durante el trayecto. La *menopausia* incluye mención de malestares asociados, como sofocos o migraña, que no han sido atendidos. Necesidades no atendidas en *anticoncepción y planificación familiar* está relacionado con la falta de acceso o la discontinuidad en el mismo. *Aborto* hace referencia a experiencias de aborto espontáneo. *Atención prenatal, parto y postparto* apunta a la necesidad de cuidados en estas etapas. *Salud mamaria* incluye menciones a estudios mamarios deseados o solicitados, pero no realizados. *Prevención, diagnóstico y atención de ITS* incluye a quienes señalan que quieren prevención específica (ej. una mujer lesbiana) y no la han obtenido, hasta quienes en su momento han podido hacerse pruebas (ej. VIH, citologías), pero quisieran repetirlas.

Casi la mitad de las mujeres migrantes entrevistadas (7/16) reportan la necesidad sentida de atención a su **salud menstrual** (ver **Tabla 2**). Esta necesidad – desatendida, por lo que reportan – se presenta en las mujeres independientemente de su edad, e incluye síntomas relacionados con la menopausia. Los síntomas asociados a la salud menstrual incluyen cambios en el ritmo y frecuencia del ciclo menstrual, dolores fuertes, sangrados anormales, entre otros. Estos malestares se presentan a lo largo del trayecto migratorio. 6 de las 7 mujeres que reportaron necesidades de salud menstrual buscaron atención médica al respecto, mientras que 2 de las 4 mujeres con síntomas asociados a la menopausia lo hicieron. Sin embargo, quienes han referido estas situaciones no han tenido acceso a estudios de laboratorio o gabinete que pudieran facilitar un diagnóstico, ni a tratamientos que solucionen su problema en el sistema de salud público.

El acceso a **métodos anticonceptivos y planificación familiar** es una necesidad mencionada por un tercio de las mujeres entrevistadas (5/16), todas ellas menores de 26 años (**ver Tabla 2**). Algunas de ellas informan no haber podido dar continuidad, a pesar de haber iniciado su utilización en su país de origen inmediatamente antes de iniciar su proceso migratorio, concretamente refirieron la interrupción en el uso

de anticonceptivos inyectables mensuales o no haber podido ir a una revisión tras la colocación de un Dispositivo Intrauterino (DIU). Otras mujeres entrevistadas buscan una colocación de DIU estando en Tapachula, pero ninguna de las que lo solicitó de manera aislada, fuera de una colocación postevento obstétrico (atención al parto o aborto), pudo acceder a la colocación de este dispositivo. Tampoco les ofrecieron consejería o acceso a otros métodos anticonceptivos. De hecho, al menos 1 entrevistada expresó que no le preguntaron si quería colocarse un DIU tras una atención al parto, pese a ser su voluntad y pese haber observado que a otras mujeres sí se lo ofrecieron. Este último caso es una mujer de origen haitiano. La continuidad de la atención, mediante consultas o revisiones periódicas, es otra necesidad para aquellas que tienen acceso a métodos anticonceptivos.

En el caso de las mujeres menores de edad, 2 de las 3 mujeres entrevistadas con este perfil, reportan haber buscado acceso a métodos anticonceptivos en sus centros de salud. A la primera le negaron la atención, sin informarle o darle acceso a ningún método, incluidos preservativos. La segunda fue en primer lugar a su centro de salud, una de las 7 unidades que en Tapachula cuenta con Servicios Amigables para Adolescentes. Sin embargo, no fue allí donde le brindaron la información ni el

anticonceptivo, sino que accedió a anticonceptivos inyectables mensuales cuando personal médico del Centro de Salud se desplazó para inyectar a mujeres en su colonia de residencia –se asume que como parte de las actividades extramuros que los Centros de Salud realizan–. Aún así, ambas mujeres migrantes tuvieron, posterior a la búsqueda del método anticonceptivo, un embarazo no deseado. Como se verá más adelante, una consejería deficiente en planificación es una barrera para dar continuidad al uso de un método anticonceptivo.

La **interrupción del embarazo** es identificada como necesidad, especialmente por parte de organizaciones de la sociedad civil, ya que es una práctica de la que se tiene conocimiento, a pesar de que se reconoce como uno de los temas tabú entre las mujeres migrantes. La información con la que se cuenta de 3 menores de edad, todas ellas embarazadas durante el trayecto migratorio, aporta elementos para comprender esta problemática. Ninguna de ellas interrumpió el embarazo; sin embargo, es una posibilidad que se vive de distintas maneras y en relación/interacción con otras mujeres. Al preguntar a las tutoras responsables, una de ellas expresa que no tuvo dudas sobre el embarazo, no quería que fuera interrumpido; una segunda reconoce que de haberse enterado antes del embarazo de su hija le hubiera sugerido la interrupción. En el tercer caso, la menor de edad

manifestó no querer interrumpir, y al mismo tiempo, que no tenía los recursos para comprar un medicamento para la interrupción del embarazo que su vecina le ofreció.

En relación con la **salud materna**, los **cuidados prenatales**, la **prevención de cáncer mamario y cervicouterino**, o el diagnóstico frente a **síntomas de infección genital o de vías urinarias** (ej. secreción con mal olor, ardor al orinar), la necesidad principal se encuentra en poder acceder a estudios de laboratorio y gabinete gratuitos que les permitan tener un diagnóstico y/o seguimiento.

Todas las mujeres entrevistadas que han estado embarazadas se han realizado por lo menos un ultrasonido, pero esto ha ocurrido en clínicas particulares, por lo que tienen que buscar recursos para pagarlos.

La mayoría de las mujeres migrantes entrevistadas no tiene información sobre prevención del cáncer de mama o cervicouterino, ni están accediendo a servicios gratuitos de detección precoz, pese a que, como se revisa más adelante, en Tapachula hay 7

equipos de mamografía (6 en segundo nivel; 1 en tercero). El gasto de bolsillo que generan estos estudios (p. ej. citología cervical), no les permite tampoco acceder a ellos en el sector privado. 1 de las mujeres entrevistadas tiene cáncer cervicouterino y 1 tiene detectada una lesión por VPH. La primera está bajo tratamiento (ver **Casos de mujeres migrantes en búsqueda de atención en SSR**), y la segunda no ha accedido a tratamiento (la detección la hizo en su trayecto migratorio, en Panamá) debido al costo de los estudios.

A pesar de ser un hecho del que se tiene constancia por otras fuentes, las mujeres entrevistadas no expresan haber vivido **violencia sexual** durante el proceso migratorio por parte de desconocidos. Sin embargo, 1 de las entrevistadas mencionó tener presente **otras violencias** que ha vivido de forma recurrente (estrés postraumático) por parte de su pareja, misma que se mantiene durante su viaje migratorio, y motivo por el cual busca refugio. Varias entrevistadas reconocen haber vivido esta violencia antes de iniciar su viaje y para algunas es un factor que motiva la salida de

su país, 2 de ellas buscan atención médica o psicológica.

En conjunto, más de un tercio de las entrevistadas (6/16) expresaron requerir servicios de **prevención, diagnóstico o atención de ITS**. La mitad de las mujeres entrevistadas (8/16) narraron síntomas vinculados con la **SSR no diagnosticados** referentes a ardor al orinar, secreción vaginal con mal olor, sensación de picazón o ardor genital, y dolor en el área pélvica.

Finalmente, **las necesidades específicas** de mujeres migrantes lesbianas también deben ser consideradas. Por ejemplo, las 2 entrevistadas que se autodefinieron como lesbianas expresaron que no han tenido ningún tipo de información sobre métodos para la prevención de ITS que reconozcan y faciliten el cuidado de su sexualidad.

Tabla 2. Necesidades de SSR reportadas por mujeres migrantes al momento de ser entrevistadas, por rangos de edad

Mujeres entrevistadas	Salud menstrual (11/16) ¹		Maternidad elegida (6/16)		Salud materna (6/16)			Prevención y atención a cáncer (6/16)		Violencia sexual (3/16)	ITS (6/16)	Síntomas de SSR sin diagnóstico ² (7/16)			
Edad en años	Menstruación (7/16)	Menopausia (4/16)	Anticoncepción y planificación familiar (5/16)	Aborto (3/16)	Prenatal (6/16)	Parto (5/16)	Postparto (5/16)	Detección de cáncer de mama (6/16)	Cáncer cérvico uterino (2/16)	Estudios post-exposición y/o atención psicológica (3/16)	Prevención, diagnóstico y atención (6/16)	Ardor al orinar (6/16)	Secreción vaginal con mal olor (3/16)	Sensación de picazón o ardor genital (4/16)	Dolor en área pélvica ³ (6/16)
<18	Sí		Sí	Sí	Sí										
			Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							
18-25			Sí		Sí	Sí	Sí					Sí	Sí	Sí	Sí
	Sí														Sí
	Sí		Sí		Sí										
					Sí										
	Sí		Sí									Sí	Sí	Sí	Sí
											Sí				
26-35	Sí							Sí	Sí		Sí	Sí		Sí	Sí
				Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
36-45		Sí								Sí		Sí			
	Sí										Sí				
>45		Sí						Sí	Sí						
		Sí									Sí				
		Sí						Sí				Sí			Sí

¹ Frecuencia de padecimientos o necesidades reportadas en las entrevistas, por categorías y grupos asociados a la SSR.

² Síntomas de SSR sin diagnóstico hace referencia a malestares expresados por las personas entrevistadas preguntados durante el proceso de entrevista, como posibles indicios de ITS o necesidades en salud sexual y reproductiva. Se preguntó sobre la existencia o no de: dolor en el área pélvica, sensación de picazón, ardor al orinar, secreción con mal olor y presencia de ronchas o llagas genitales.

³ Se incluyen dolores pélvicos no diagnosticados porque algunas mujeres los mencionaron sin haber mencionado antes problemas de dolores menstruales; aunque quienes mencionaron problemas de salud menstrual, generalmente también presentan dolor en esta área.

5.2. Otras necesidades de salud

La **salud mental** es una necesidad identificada independientemente de la edad; y de nuevo se asocia al género y a las condiciones de vida materiales y sociales de las mujeres durante su proceso migratorio y/o su estancia en Tapachula. Por otro lado, muchas de las mujeres entrevistadas, por ejemplo, relacionan el desarrollo de hipertensión arterial con el inicio de su proceso migratorio. Además, más de la mitad reportan síntomas de ansiedad y depresión, que están ligados a problemas como presión arterial alta (5/16) o baja (3/16), palpitaciones y fuertes dolores de cabeza. En algunos casos, los cuadros de ansiedad están desencadenados por experiencias de violencia física o sexual que vivieron en sus países, en el tránsito, o que continúan presentes en sus vidas (mujer entrevistada de la que ya se hizo mención). Conocer casos o haber atestiguado violaciones a los derechos de las mujeres, genera también temor, incluso si no se ha vivido ese tipo de violencia de forma personal. En otros casos, o adicionalmente, la ansiedad se relaciona con circunstancias económicas, la presión por regularizar su situación migratoria y tener un sustento laboral, económico, vivienda y alimentación para ellas y sus familias. El rol de cuidadora, tanto de personas menores de edad como de otros miembros de la familia, aparece asociado a quienes

tienen nerviosismo y ansiedad. La discriminación percibida, vivida y el temor a reiteraciones, tanto por parte de autoridades migratorias, de policías, de personal de salud, así como de la sociedad en general, aparece ligada a ansiedad, malestares, miedos y en algunos casos presión arterial alta. En algunas mujeres entrevistadas, esta circunstancia genera un ciclo de aislamiento y reforzamiento del miedo, pues prefieren mantenerse en casa para evitar la ansiedad al salir, pero cuando deben hacerlo, tiende a presentarse el cuadro ansioso.

La **presión arterial alta**, como se menciona, es un padecimiento frecuente entre las mujeres entrevistadas (5/16) y en todas ellas genera importantes limitaciones en su día a día. En algunos casos explican que la padecían antes, en varios la identifican por primera vez y en otros es un padecimiento que ya habían superado y que han vuelto a notar al iniciar el trayecto migratorio o en México. 4 de las 5 mujeres que hacen referencia a presión arterial alta, también recalcan una asociación entre esta y el nerviosismo y ansiedad que viven. Otros **padecimientos sin diagnóstico** y síntomas inespecíficos expresados por las mujeres entrevistadas de manera prevalente son dolor en pecho, manchas en la piel y bajadas de presión. Una cuarta parte de las mujeres entrevistadas reportaron

problemas de visión sin que hayan podido acceder a revisión y graduación de su vista y lentes.

Por otra parte, el personal de la CAMDN-DSVII menciona que los trayectos migratorios de la población extracontinental, al ser distintos a los de la población centroamericana (muchas veces iniciando en países de Sudamérica), han influido en la diversidad de necesidades generales de salud. Por ejemplo, el cruce entre Colombia y Panamá a través de la selva de Darién genera lesiones cutáneas que antes no se observaban con tanta frecuencia entre la población migrante.



Porque eso psicológicamente, yo siento que me siento bien, pero a veces tengo unas ganas de llorar que me acuerdo, y siento que me duele. Sé que tengo que olvidarlo, porque tengo que olvidarlo, ya estoy mejor (...). A veces duele tantas cosas que uno ha pasado.”

ID-34-Honduras

“Me mantengo trabajando, en las noches salgo a caminar con mis hijos, como le digo a él [psicólogo], jugamos con un par de pelotas, trato la manera de pasar tranquila porque me dan cosas así como de ansiedad.”

ID-40-El Salvador

Se observa una relación entre la situación de movilidad forzada de las mujeres migrantes, y necesidades de salud mental, que a su vez derivan en frecuentes síntomas relacionados con la ansiedad como presión arterial, taquicardia, y fuertes dolores de cabeza.

“Pesa más con los hijos porque estar cargando las cosas de uno, más con el nene, con el chiquito, y luego de estar cargando a esta niña. Siempre ha sido así, siempre que salgo con ella siempre salgo con temor ¿no? Porque como está la situación ahora, de que se los están robando, sí me da un poquito de pena. Que una persona se le acerca y es para algo malo... Sí, más por mis hijos que se me hace un poco nerviosa. (...) A veces no tenemos dinero, no vamos a consulta. O sea, siempre estamos buscando la manera, con remedios caseros. A veces también por el temor de salir afuera y que les pase algo sí.”

ID-41-Guatemala

“El único miedo que tengo es que no me violen, porque yo ya sabía que a los niños no les hacen nada, caminan bastante y no, no, no les pasaba nada, pero que no nos violen a nosotras las mujeres (...). Yo andaba con pantalón, porque nosotras somos bien con blusas, pero nos vestimos tipo hombre para que no nos violen con todo y eso. Yo tengo el pelo largo y lo tenía más largo, me tuve que cortar un pedazo.”

ID-38-Cuba

“Hay gente que me ha dicho ‘es una desgracia, es un estorbo’. Las personas que me han dicho que yo no sirvo para nada (...) me ha dicho el papá de mis hijos (...) ¿y digo yo: ¿por qué Señor todo esto que me dicen a mí? Y yo solita me pongo a llorar porque digo yo nadie, nadie me va a entender como me entiendo yo sola y eso es lo que pido.”

ID-36-Honduras

“Ya al llegar aquí a México sí se me ha presentado el problema de la presión, que no lo tenía. Y estoy padeciendo problemas de la presión (...) en la travesía hasta aquí, el problema de las taquicardias. Los nervios, mucha alteración, los nervios y la taquicardia.”

ID-35-Cuba

5.3. Casos de mujeres migrantes en búsqueda de atención en SSR

La sección anterior muestra la diversidad de necesidades de atención de salud y SSR de las mujeres migrantes en Tapachula. A continuación, se presentan las historias de 3 mujeres¹⁴ que buscan atención en SSR en los servicios de salud públicos de la ciudad. También se narran de manera sintética los casos de las mujeres entrevistadas del Caribe (Cuba y Haití), que se caracterizan por la elección de no buscar atención en los servicios públicos de salud.

Se pretende partir de la mirada y experiencia de las mujeres migrantes, para después describir las atenciones prestadas en SSR por los servicios de salud públicos a mujeres migrantes, y los servicios que las OSC-OI también reportan prestar.

¹⁴ Los nombres de las mujeres han sido modificados para proteger su confidencialidad

5.3.1. Carmen

- La historia de Carmen muestra oportunidades perdidas del sistema de salud público, sobre todo en el primer nivel de atención. La falta de atención prenatal adecuada tuvo como desenlace un internamiento en segundo nivel y posterior aborto.
- El caso de Carmen visibiliza experiencias insatisfactorias en el primer nivel de atención, por lo tanto, sustitución de la atención prenatal en centros de salud del sistema público por consultorios médicos privados de primer contacto adyacentes a farmacias, con deficiente seguimiento y calidad en la atención, lo que desencadenó complicaciones en el embarazo. También muestra las complicaciones para la operación de las unidades médicas debido a la emergencia sanitaria por COVID-19.

Carmen, mujer de 17 años, originaria de Guatemala, emigra junto a su esposo y a la familia de éste (madre, padre, una hermana y un hermano menor de edad). Salen de Guatemala por amenazas de muerte, extorsiones e intento de secuestro de su cuñada, que es menor de edad. Aunque en su lugar de origen Carmen estudiaba, actualmente

se dedica al trabajo doméstico no remunerado en su casa, así como a actividades de cuidado de los miembros de la familia. Espera emigrar a otro lugar con mayores oportunidades laborales. La historia de Carmen se reconstruye con base en la entrevista realizada en un solo momento a ella y a su suegra.

Búsqueda de atención

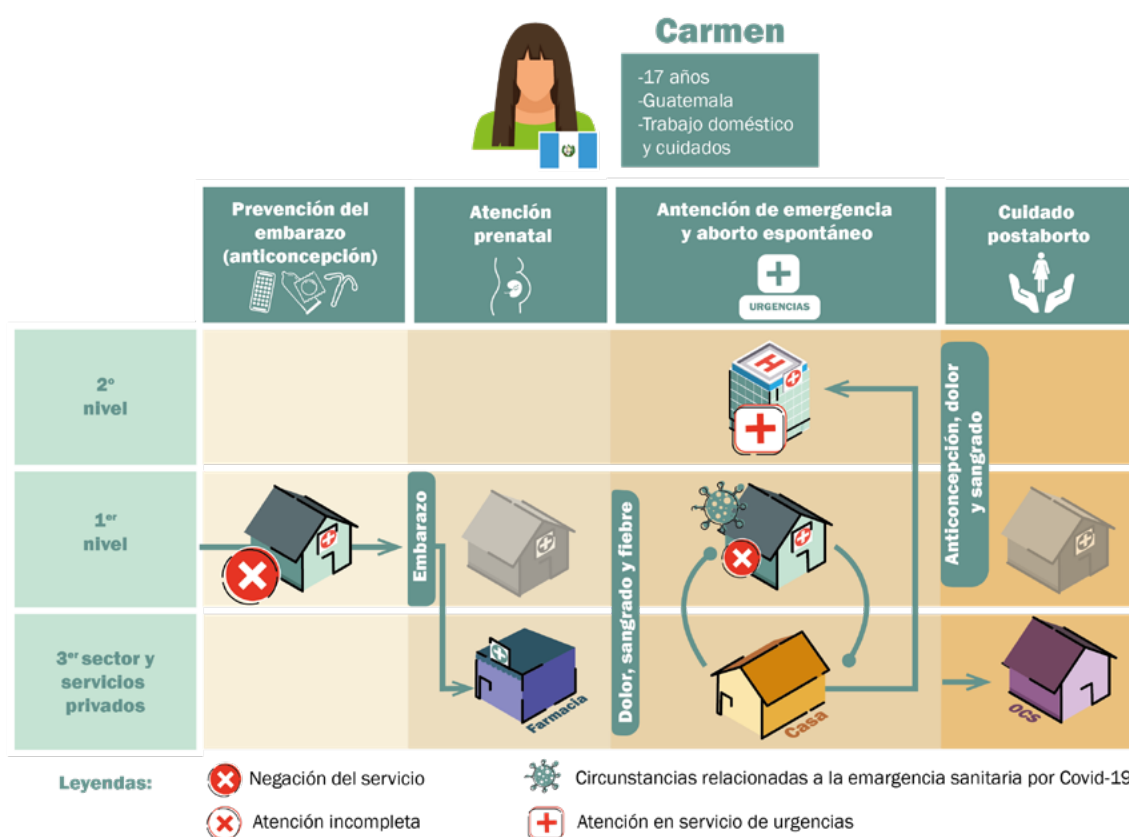
Al llegar a Tapachula, Carmen busca servicios de planificación familiar en un centro de salud de primer nivel del sistema público, donde enfrenta malos tratos y largas horas de espera. Estos servicios le son negados por ser inmigrante

“Dijeron que para los inmigrantes no había ningún servicio de esos (...) dijeron que tenía que ser mexicanos nacidos de aquí para poder atenderlos.”

ID-29-Guatemala

Al inicio de 2020, reporta estar embarazada y busca atención médica en el consultorio adyacente a una farmacia del centro de la ciudad, donde comienza a llevar su control prenatal. Refiere que la atención que recibió no fue de calidad, pero que prefirieron continuar con este tipo de atención

en consultorios de farmacia porque en el centro de salud no las atendían y por los bajos costos. Se refiere que el trato en estos fue amable, aunque el desenlace del embarazo (aborto espontáneo) les hace pensar que la atención no fue adecuada.



Fuente: elaboración de las autoras.

En junio de 2020, con cinco meses de embarazo, Carmen presenta un fuerte dolor abdominal y fiebre, por lo que decide buscar atención médica en el centro de salud del sistema público más cercano a su domicilio. La persona encargada de entregar las fichas

para ingresar le niega el acceso a la unidad por manifestar síntomas relacionados con COVID-19. Sin valoración médica o diagnóstico, la envían a otro centro de salud, donde tampoco recibe atención, por lo que Carmen decide regresar a su casa.

“Nosotros le dijimos que era por embarazo, que ella no tenía COVID y nos dijeron ‘no, no, no, si viene con fiebre aquí no puede entrar’”

ID-29-Guatemala

Tres días después, acude a la atención por urgencias del HGT, donde recibe atención por aborto espontáneo. Permanece más de una semana internada. Respecto al trato recibido, menciona que fue variado y que la calidez dependía del personal que la revisaba. Sin embargo, su suegra, mujer entrevistada también, percibe poca calidez, pues no le daban informes sobre su nuera hospitalizada y percibe ser tratada mal por ser migrante: “Y ni que se diga con las personas de alrededor, con las personas que convivía en ese momento, donde sabían que no era de ahí se alejaban de mí. Yo sí me sentí bastante discriminada en ese momento”.

Antes de su ingreso al hospital, a Carmen no le habían realizado ningún tipo de estudio. En el hospital le ofrecen el implante hormonal subdérmico como método anticonceptivo. Carmen acepta la colocación del implante en junio de 2020, le brindan información en un folleto que contiene algunas indicaciones y posibles efectos secundarios del implante. Durante los tres meses posteriores a la colocación del implante, presenta dolor pélvico y sangrados frecuentes, por lo que es atendida en una OSC-OI. Carmen señala que evita asistir al centro de salud por sus malas experiencias previas, y que de sentirse mal recurre a la automedicación y en algunos casos, acude también a atención de primer contacto en consultorios adyacentes a farmacias.

5.3.2. Elena

- La historia de Elena muestra la necesidad de atención de SSR especializada: tratamiento oncológico. Ejemplifica también la percepción constante de tratos discriminatorios en un albergue y el primer nivel de atención; así como el requisito de contar con documentos oficiales mexicanos probatorios de identidad para la atención. En este caso observamos el rol de las OSC-OI para facilitar el acceso a instituciones de salud públicas. A través de su historia podemos ver la fragmentación de la atención, pues esta es brindada por diferentes instituciones y organizaciones.
- Elena ejemplifica la importancia de tener conocimiento y habilidades personales para la búsqueda de atención (en este caso, facilitado por una experiencia migratoria previa en México y Estados Unidos, así como por el apoyo de su hijo en otro municipio de Chiapas y, quizás, su edad).

Elena es una mujer de 50 años de edad, nacida en Honduras. Tiene dos hijos; uno es mayor de edad y la acompaña en su proceso migratorio -aunque vive en otra ciudad de Chiapas-. Elena refiere que su esposo fue asesinado en Honduras. En su país de origen se dedicaba a la costura en un taller de camisetas, en México se dedica a las labores domésticas. Llega a México en febrero de 2020 en busca de atención médica para un cáncer, ya que en su país no se contaba con la posibilidad de atención adecuada. Manifiesta interés de regresar a Honduras. Actualmente cuenta con el reconocimiento de la condición de refugiada en México, y describe una diferencia en la atención por parte del equipo de salud, antes y después de contar con un documento de identidad migratoria.

Elena cuenta con experiencia migratoria previa en México. Migra por primera vez en 2017 debido a amenazas de pandillas, extorsiones y a que a su hijo lo hirieron de gravedad. En ese entonces (2017) vivía en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, con su hijo mayor de edad. Posteriormente migra a Estados Unidos, donde es detenida. Informa la presencia de sangrado a las autoridades de ese país; le realizan una biopsia, después le proporcionan unas pastillas y la deportan a Honduras.

Al llegar a su país, le informan que las pastillas que toma son utilizadas en pacientes con cáncer, y la diagnostican con esa enfermedad en diciembre de 2019. Antes de comenzar el tratamiento de radiaciones, le informan que el equipo está dañado y que tardarían un año en arreglarlo. Ante ese escenario, decide volver a emigrar y llega a México en búsqueda de atención médica.

- 50 años
- Honduras
- Costurera
- Experiencia de migración previa (EUA)



Ante la negación de servicios, acude a una OSC-OI de derechos humanos que facilita la referencia al HGT. Ahí, recibe un buen trato por parte del equipo de salud y recibe las quimioterapias comenzando el tratamiento en julio de 2020. Es derivada al Centro Estatal de Cancerología (CECAN) para recibir radiaciones, donde también recibe buen trato.

Menciona que la atención que recibe tanto en el HGT como en el CECAN es gratuita, no así los medicamentos, reportando un gasto de mil doscientos pesos por cada frasco, de los cuales ella compra dos. Ha notado que en el hospital donde recibe atención, a algunas personas les entregan medicamentos que a ella no. No obstante, vuelve a recibir ayuda de dos OSC-OI para adquirir los demás medicamentos que le piden, que de ser comprados por ella representaría un gasto económico que podría ser destinado a otras necesidades como alimentación y vivienda. No ha podido recoger su tarjeta de residencia permanente porque la fila en las oficinas del Instituto Nacional de Migración es muy larga y no aguanta permanecer en ellas debido a sus problemas de salud. Elena quiere regresar a su país una vez finalizado el tratamiento.

Respecto a datos generales de SSR menciona que utilizó métodos anticonceptivos durante diez años, cinco de ellos con pastillas anticonceptivas, el resto con preservativos; tuvo tres embarazos, uno de ellos con desenlace de aborto debido a una caída. Se encuentra en la etapa de la menopausia. En Honduras se realizó una colposcopia cuando buscaba atención ginecológica por el cáncer, no se ha realizado citología cervical y su última mamografía fue hace diez años. Además, reporta tener mareos constantes y anemia, consume té de canela, manzanilla y jengibre para aliviar un poco los malestares como colitis inflamatoria, vómito y diarrea frecuente. No cuenta con diagnóstico respecto a estos síntomas, aunque podrían estar asociados al tratamiento recibido.

5.3.3. Valentina

- La historia de Valentina muestra a una mujer con varias necesidades de salud para ella y para su hija. A pesar de tener acceso a la atención, esta no es integral. En este sentido, el caso destaca las oportunidades perdidas de atención en el sistema de salud. Además, Valentina percibe malos tratos, pero busca apoyo para lograr la atención y seguimiento (en este caso de su embarazo). Las necesidades persistentes de salud después del parto le hacen volver a buscar atención en las unidades del sistema público. Valentina acude a los servicios públicos de salud de manera intermitente, sin conseguir una atención integral. Este caso muestra la fragmentación de la atención en salud, y la dificultad para las mujeres de dar continuidad a la misma.

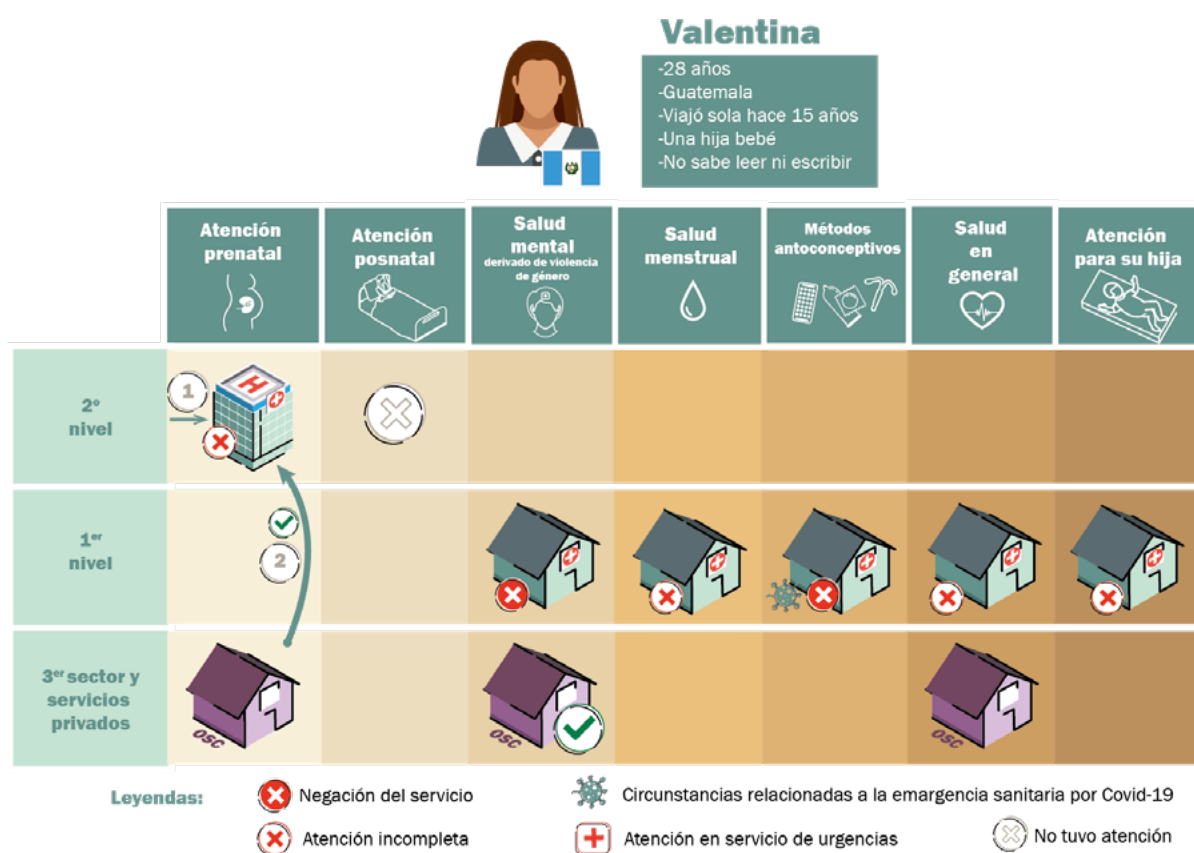
Valentina tiene 28 años y es originaria de Guatemala. Su trayecto migratorio lo realiza sola. Sale de su país debido a una violación sexual por parte de su padrastro hace quince años, cuando ella tiene 13. No sabe leer. Lleva alrededor de 15 años viviendo en Tapachula. Actualmente tiene una hija de un año y seis meses que no está registrada porque el Registro Civil solicita una constancia de identidad, misma que Valentina no tiene. Durante poco más de trece años no tuvo contacto con autoridades de migración del país, pero hace dos meses tuvo una entrevista en COMAR para regularizar su situación migratoria.

Se encuentra separada, expresa que vivía violencia por parte de su exesposo a quien describe como alcohólico. En ocasiones recibe apoyo económico por parte de la familia de este. Actualmente no tiene empleo; dice que le es difícil conseguirlo, debido a que no tiene quién cuide de su hija.

Búsqueda de atención

Hace poco más de dos años Valentina confirma un embarazo. Recibe atención prenatal en el HGT, donde le realizan estudios de gabinete y ultrasonidos, pero muestra recibos de pago para esa atención. Además, paga otros estudios fuera del hospital (no refiere cuáles). Tiempo después presenta placenta previa (una condición del embarazo de alto

riesgo)¹⁵ y es hospitalizada durante diez días en el HGT. Menciona que recibe buen trato por parte del personal médico del hospital, sin embargo, al ver que no aparecía en la base de datos del consulado de Guatemala, una trabajadora social la increpa preguntándole “¿qué era lo que ocultaba?” para que le dijera, para que ella ‘tomara medidas extremas’”.



Fuente: elaboración de las autoras.

¹⁵ La placenta previa es una hemorragia sin dolor, posiblemente a consecuencia de las contracciones uterinas o separación de la placenta. (Consejo de salubridad, s/f)

Debido a esta situación, decide buscar apoyo por parte de una organización de la sociedad civil, la cual proporciona el servicio de acompañamiento y orientación. Afirma que desde que fue acompañada por la organización la calidad en la atención mejoró, incluido el tiempo de espera, que desde entonces no fue mayor a 10 minutos. A la par, durante el embarazo llevó control prenatal por parte del personal médico de la misma organización y dos licenciadas de la organización la acompañaron a sus citas médicas en el hospital y para la realización de sus estudios. Cuando fue acompañada, los estudios que le realizaron ya no fueron cobrados. No tuvo atención después del parto, se desconoce si se llevó a cabo un proceso de contrarreferencia. Por otro lado, dado que ha vivido violencia por parte de su exesposo, busca atención psicológica en un centro de salud, pero sin mayor detalle reporta: “no pudieron darme mi trato psicológico”. Por esta situación comienza tratamiento psicológico provisto por otra organización de la sociedad civil.

Valentina tiene otros padecimientos y necesidades. En el centro de salud le diagnosticaron diabetes e hipertensión, pero sólo tiene tratamiento para este último. En ocasiones ella compra el medicamento porque el centro de salud no lo tiene. También asiste al CS porque su menstruación ocurre una vez al año, y porque tiene manchas en los brazos; sin embargo, no le han realizado ningún estudio ni le han dado diagnóstico -el

proceso de atención se ha alentado debido a COVID-19. Valentina afirma que el centro de salud no le puede proveer de métodos anticonceptivos porque no cuenta con constancia de identidad (en el momento de la entrevista no tenía una resolución sobre su solicitud de asilo): “como no tengo ni un papel no me lo puedo poner (...). Ya pregunté, pero me dijeron que necesito una prueba de embarazo y una constancia de identidad para que me lo puedan poner”.

Valentina también busca atención para su hija, quien tuvo dengue y es enfermiza: presenta frecuentemente fiebre, diarrea y gases. Ella vincula estos padecimientos a la leche materna, pero afirma que no puede dejar de amamantar porque no tiene dinero para comprar leche de fórmula -que considera mejorará la salud de su hija-. El médico que la atiende le ha dicho que la niña es alérgica a medicamentos y por eso no puede recetárselos. Su hija tampoco ha recibido el esquema de vacunación completo.

La atención médica ha sido inconsistente y esta situación se ha agravado debido a la emergencia sanitaria por COVID-19, la reducción del personal médico disponible y que cuando las instalaciones están siendo sanitizadas, la atención se detiene. Recibe apoyo para el pago y/o realización de estudios y medicamentos por parte de varias OSC-OI.

5.3.4. Otros casos

- En la búsqueda y el recorrido que hacen las mujeres migrantes para acceder a la atención de su salud influye el género, el lugar de origen, la edad, la identidad sexual y otras características de su movilidad (viajar en familia, comunidad, pareja, con hijas/os, o sola, los motivos de movilidad, las expectativas, entre otras). Existen tantas trayectorias de búsqueda de atención a las necesidades de SSR como mujeres en situación de movilidad.

A modo de ejemplo, se toman dos países de origen y se identifican elementos en común de información obtenida en las entrevistas. Ambos países, Cuba y Haití son caribeños, y tanto el color de piel de las personas como su idioma materno o forma de hablar, son rasgos que destacan sus diferencias con la población local. Los países son muy distintos en cuanto al sistema de salud; mientras que en Cuba la atención es gratuita y universal, en Haití el sistema de salud tiene muchas carencias. La dificultad para comunicarse con las personas de Haití, que hablan kreyòl, creóle o criollo haitiano y no español es notoria (incluso para el equipo de investigación al momento de realizar las entrevistas y a pesar de contar con servicio de traducción).

Mujeres de Cuba

- Mayor importancia del autocuidado y la salud.
 - Mayor búsqueda de atención.
- Ansiedad y miedo vinculadas a mayor violencia en el contexto de Tapachula.
- Percepción de un sistema de salud en México limitado e inaccesible por los costos.
 - Autodiagnóstico y atención en farmacias.

"Nunca me han ofrecido pruebas e ir al médico es un lujo. En Panamá me hicieron Papanicolau, me identificaron VPH (...). Sí me gustaría tener algún tipo de atención acá. Tengo dolor de pelvis. En Panamá lo identifiqué y siguió a lo largo de la ruta. Me dijeron que si iba a hacerme un ultrasonido, pero por el costo no pude. Todo lo que tomo es medicamento autorrecetado, busco en Google para qué sirve."

ID-37-Cuba

Mujeres de Haití

- Movilidad en comunidad.
- Barrera del idioma, necesidad de traductoras.
- Embarazo en movilidad; búsqueda de atención prenatal, parto y postparto.
- Desconocimiento del sistema de salud y percepción de lentitud en la atención.
- Experiencias de discriminación en acceso a planificación y en atención en ventanilla.

"E: ¿Ha sentido algún trato que identifique que sea desigual o que es discriminatorio?

R: Bueno de parte de los médicos no, pero después al último día llegaron unas, no sé si eran enfermeras, no sé, y estaba insultando a todas las que tuvieron hijos y que querían hacerse algo para cuidarse para no tener hijos y preguntaron a todas menos a mí."

ID-35-Haití

5.4. Atención a la SSR de mujeres migrantes

5.4.1. Actores que prestan atención

Con base en las narrativas de las mujeres se identifica que los **servicios públicos de salud** prestan atención a las mujeres migrantes en los tres niveles de atención, y a través de la CAMDN-DSVII. Además, las **OSC-OI** brindan información, apoyo económico, atención directa a las mujeres, y/o las apoyan a acceder a los servicios de salud. Las mujeres migrantes también recurren a servicios médicos privados de bajo costo, como los **consultorios adyacentes a farmacias**. Al mismo tiempo, las mujeres se automedican sin buscar una consulta médica, y consiguen medicamentos en estas farmacias también.

5.4.2. Servicios de SSR disponibles

5.4.2.1. Servicios públicos

5.4.2.1.1. Primer nivel de atención

De los 9 Centros de Salud Urbanos (que son las unidades con mayor capacidad de atención), 7 cuentan con servicios amigables para adolescentes, y a juzgar por el número¹⁶ de núcleos que indican tener, 2 cuentan con área de vacunación, 2 con laboratorio de análisis clínicos, y 1 de ellos tiene también una persona técnica radióloga. Como se mencionó anteriormente, en el nivel primario de atención, hay cuatro Unidades de Especialidades Médicas (UNEME) que prestan atención ambulatoria para varios temas de SSR, incluida la detección y diagnóstico de cáncer de mama (UNEME DEDICAM), y la promoción, prevención y tratamiento de VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual (UNEME CAPASITS).

Ninguna de las unidades de salud del primer nivel es ampliada, por lo que no se tiene la capacidad para atender partos no complicados. Esto implica que el Hospital General de Tapachula es la única unidad de salud, hasta 2020, que cuenta con la capacidad instalada para la atención de partos por personal de salud capacitado. Sin embargo, todas las unidades de salud deben de funcionar bajo un marco de redes integradas de servicios de salud, con la finalidad de que, si hay una emergencia obstétrica, se pueda hacer la referencia oportuna al Hospital. De igual modo, ninguna unidad de salud de los tres niveles de atención cuenta con un consultorio exclusivo para planificación familiar.

¹⁶ Los núcleos básicos se encuentran conformados por un personal médico y un personal de enfermería.

5.4.2.1.2. Segundo y tercer nivel de atención

El **Hospital General de Tapachula** (HGT) ofrece 34 especialidades, subespecialidades y servicios de apoyo, los cuales son: anestesiología, cirugía general, cirugía laparoscópica, cirugía oncológica, clínica del dolor, colposcopia, ecocardiograma, electrocardiografía, epidemiología, **ginecobstetricia**, **mastografía**, medicina interna, medicina preventiva, neonatología, **obstetricia de alto riesgo**, odontología, oftalmología, pediatría, **psicología**, psiquiatría, tanatología, terapia intensiva, traumatología y ortopedia, ultrasonografía y urología.

El HGT también cuenta con el Servicio Especializado de Atención a la Violencia (SEAV), el cual debe garantizar los servicios de anticoncepción de emergencia, antirretrovirales, apoyo psicoemocional y servicios de aborto seguro a sobrevivientes de violencia sexual. Otros servicios públicos para la atención a la violencia basada en género en Tapachula son el Módulo de Atención Inmediata para mujeres en situación de riesgo (MAI) y el Centro de Justicia para las Mujeres de Tapachula (CEJUM) (Fiscalía General del Estado, s.f.).

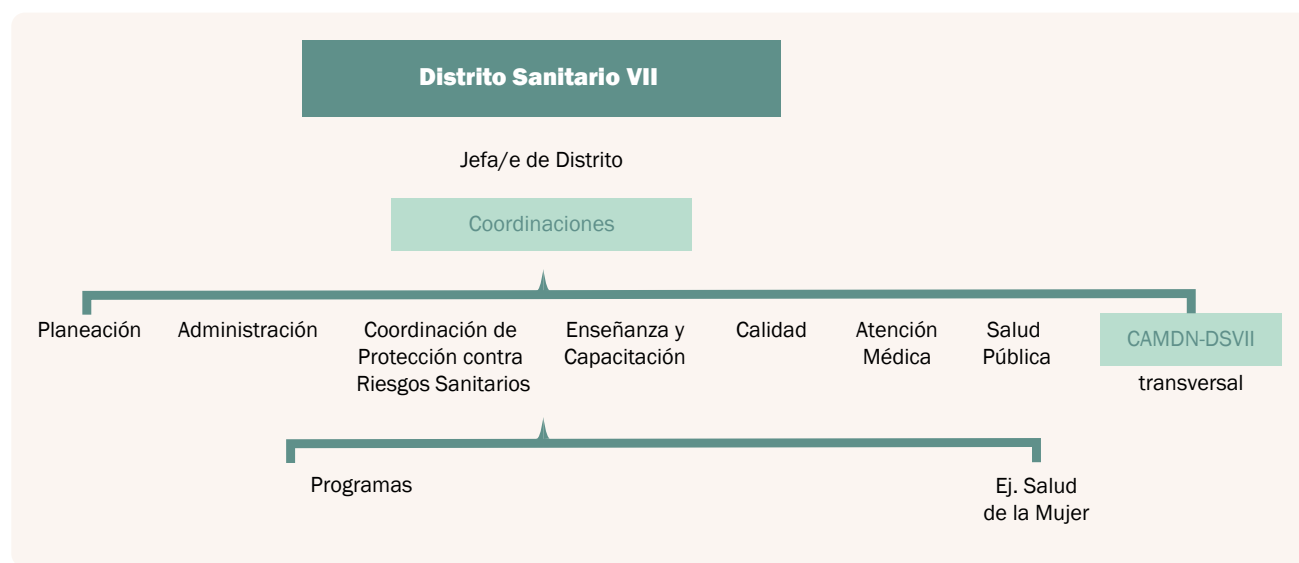
El **HRAE-Ciudad Salud** no cuenta con el servicio de ginecología y obstetricia como parte de su oferta de servicios. Sin embargo, el Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas establece el compromiso entre la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE para atender a toda mujer que llegue a urgencias presentando una emergencia obstétrica (Secretaría de Salud, 2021). Por lo que, en caso de que una mujer acuda al servicio de urgencia y presente una urgencia obstétrica, el personal de salud deberá atenderla. Al igual que el HGT, este hospital provee atención a cáncer cervicouterino y cáncer de mama. El HRAE-Ciudad Salud cuenta con un total de 90 camas de hospitalización y 5 quirófanos.

De acuerdo con personal entrevistado del DSVII, aproximadamente 50% de la fuerza laboral de los servicios de salud estuvo confinada tras el inicio del periodo de distanciamiento social por la epidemia de COVID-19 en México (23 de marzo de 2020); los servicios de consulta externa del HGT se suspendieron desde entonces, hasta el primer cuatrimestre de 2021. Por su parte, la Secretaría de Salud indicó priorizar la atención de mujeres embarazadas, enfermedades crónico-degenerativas, y los casos de vigilancia epidemiológica.

5.4.2.1.3. Coordinación de Atención a Personas Migrantes y Desastres Naturales del Distrito Sanitario VII (CAMDN-DSVII)

El Distrito Sanitario VII (DSVII) está conformado por coordinaciones supervisadas por la persona jefa de Distrito (**ver Diagrama 1**). Una de estas áreas es la Coordinación de Atención a Personas Migrantes y Desastres Naturales (CAMDN-DSVII), la cual fue creada en 2018.

Diagrama 1. Organigrama del Distrito Sanitario VII



Según reporte de la persona entrevistada del DSVII, la CAMDN-DSVII surge como un piloto ante la necesidad de brindar atención a poblaciones en movilidad cada vez mayores, que permanecen más tiempo en la zona, y cuya composición es distinta -pues aunque siempre ha habido migración de tránsito de personas centroamericanas, a partir de 2018 se observó un mayor número de población extracontinental-¹⁷. El inicio de sus operaciones se dio

en 2018 durante las “caravanas migrantes”, cuando se habilitó el recinto ferial de Tapachula (la Feria Mesoamericana) como una extensión de la Estación Migratoria Siglo XXI. En este contexto, y ante la necesidad de coordinación interinstitucional para otorgar alimentación, techo, letrinas y atención médica a las personas que se encontraban en ese recinto, se creó la CAMDN-DSVII.

“[Durante la habilitación de la Feria Mesoamericana] todos éramos parte de todos, de diferentes programas; pero no había quien [coordinara], o sea, todo el mundo decía ‘no, te toca a ti; te toca a ti, te toca...’ ... y entonces, ante esto, el Estado, más que nada, dijo -el señor Secretario- dijo: ‘a ver, se va a generar una primera Coordinación, que va a ser transversal con todos los programas, pero alguien que lleve la batuta’. Porque al final de cuentas, todo el mundo, por la falta de experiencia más que nada, ¿no? ... el ver de repente venir tantas personas con diferentes, este, formas de pensar, de ideas en salud, de padecimientos, pues era bastante complejo. Entonces, a raíz de eso, se generó la Coordinación”.

ID-44-DSVII

¹⁷ La CAMDN-DSVII también es responsable de coordinar la atención a la salud de personas trabajadoras agrícolas temporales que migran para trabajar en los cultivos de caña y café que se ubican en otros municipios de la región.

La CAMDN-DSVII es una coordinación transversal, actualmente conformada por 3 médicos, 1 médico pasante, 1 nutriólogo, 2 psicólogos, 1 trabajadora social, 2 capturistas y 1 promotor de salud. Es responsable del territorio que abarca 16 municipios, entre ellos los 7 fronterizos: Tapachula, Unión Juárez, Cacahoatán, Tuxtla Chico, Metapa, Frontera Hidalgo y Suchiate. La CAMDN-DSVII es principalmente un área de gestión para brindar atención en salud (física y mental) a las poblaciones migrantes y coadyuvar en la vigilancia epidemiológica de esta población. Para ello, se articula con las demás coordinaciones del Distrito, otras instituciones de gobierno en México (ej. INM, Instituto de Bienestar, Protección Civil), y de otros países (ej. consulados), organismos internacionales (ej. ACNUR), y organizaciones de la sociedad civil (ej. albergues, OSC). Además, la CAMDN-DSVII también supervisa la atención médica directa que se proporciona a población migrante en albergues. Esta atención puede brindarse, por ejemplo, a través del programa IMSS-Bienestar o por personal médico de ACNUR. La Coordinación además realiza trabajo de campo con promotores de la salud y unidades móviles, y desde 2021 participa en la logística de un módulo Mater localizado en las oficinas del Distrito. El

módulo Mater fue remodelado y equipado con el apoyo de ACNUR durante 2020, y desde abril de 2021, aproximadamente, brinda atención a las personas con un embarazo de riesgo (migrantes y no migrantes), ya que la consulta externa en el HGT ha permanecido cerrada.

La CAMDN-DSVII articula iniciativas con otras coordinaciones del Distrito de acuerdo con las necesidades que se presenten. Para crear un cerco epidemiológico, por ejemplo, se articula con la Coordinación de Salud Pública; y para atender las necesidades de salud de la población migrante y desplazada en su área de cobertura, con la Coordinación de Atención Médica. A través de la vinculación con Organismos de la ONU (sobre todo ACNUR), y organizaciones no gubernamentales gestiona recursos con los que no se cuentan en los servicios de salud del Distrito. También tiene vinculación con otras dependencias públicas: a través del programa de Emergencia Social de la Secretaría del Bienestar, brinda oportunidades de servicio comunitario remunerado como mantenimiento en las unidades de salud, a un número limitado de personas migrantes¹⁸.

En el contexto de la pandemia, el apoyo de estos actores, notoriamente ACNUR, ha sido importante para solventar la

¹⁸ El Programa para Personas en Emergencia Social o Natural de la Secretaría del Bienestar en la frontera sur, beneficia a personas que se encuentren en proceso de regularización migratoria, al realizar un servicio comunitario o social en algunas localidades del sureste mexicano, y recibir un ingreso de manera temporal (entre 3 y 6 meses).

atención médica, al brindar apoyo para la realización de ultrasonidos, estudios de gabinete como rayos X y laboratorio, e incluso rentar un espacio para aislar a solicitantes de asilo que se han contagiado de COVID-19. Así, además de brindar atención médica, la CAMDN-DSVII es un área de gestión.

Actualmente, la CAMDN-DSVII coordina los servicios de salud de los tres albergues de Tapachula con la mayor capacidad de alojamiento, así como del personal de salud que se encuentra en la Estación Migratoria Siglo XXI.¹⁹ Independientemente de la adscripción del personal de los albergues o de la Estación Migratoria (Secretaría de Salud o IMSS-Bienestar), todos manejan los mismos formatos de registro que la Secretaría de Salud, y diariamente reportan a la CAMDN-DSVII las atenciones brindadas, así como casos identificados para la vigilancia epidemiológica (ej. casos de COVID-19). Una de las variables que se reporta es el número de mujeres embarazadas en los albergues.

En caso de que la atención requerida (ej. control prenatal) no se pueda brindar con los recursos existentes en el albergue, el personal de salud refiere a las personas migrantes al CS correspondiente a la zona geográfica en que se encuentra el albergue, o al HGT en caso de urgencia. La referencia se hace a través del personal de trabajo social (en su mayoría mujeres) del DSVII y de las unidades médicas. Si la atención requiere referencia al segundo nivel, pero el caso no es de urgencia, el personal del albergue primero refiere a la persona al CS y este hace la referencia al HGT.

Trabajo social también hace la gestión de referencias a primer, segundo, o tercer nivel para la población migrante que no reside en los albergues y que viven en distintas colonias de Tapachula o está en situación de calle. La atención a la población en situación de calle, sin embargo, presenta mayores retos (ver **Barreras y facilitadores para la prestación de los servicios**).

¹⁹ A partir de enero de 2021, también están a cargo de los servicios de salud de tres albergues del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Tras el cambio en la legislación mexicana, niños, niñas y adolescentes, no acompañados o con familia, no pueden permanecer en espacios de detención migratoria, y el INM debe ponerla/os a disposición del DIF en un lapso no mayor de ocho horas.

“[La CAMDN-DSVII] habla con la Coordinación de Atención Médica, y dice: ‘necesito que, en tal centro de salud, te van a llegar referidos tantos pacientes; quiero que le diga al director que, por favor, me los reciba’, ¿sí?; es la manera de operar”

ID-44-DSVII

La CAMDN-DSVII reporta desarrollar actividades de promoción a la salud, incluida la SSR, en espacios en donde vive, labora o se encuentra la población migrante. Por ejemplo, hacen entrega de anticonceptivos a los albergues que lo solicitan, y se articula con el área de promoción de la salud de los CS para realizar estas actividades en las colonias de Tapachula. También entregan anticonceptivos a las “caravanas” de personas migrantes en ferias de salud.

En ocasiones, el trabajo se realiza de forma integrada a actividades de otras instituciones de gobierno. Utilizando una estrategia similar a la que implementan algunas OSC desde hace varios años, la CAMDN-DSVII visita a bares (conocidos como “botaneros” en Tapachula) en donde mujeres migrantes trabajan como meseras -en la entrevista se da a entender que algunas de ellas pueden dedicarse también al trabajo sexual-. Durante las visitas calendarizadas que la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) realiza a estos establecimientos, el personal de la CAMDN-DSVII informa a las mujeres sobre los servicios de salud disponibles, realiza promoción de la planificación familiar y entrega preservativos masculinos.

5.4.2.2. Servicios no gubernamentales (OSC-OI)

La **Tabla 3** muestra el número de organizaciones de la sociedad civil entrevistadas de acuerdo con el tema de SSR y tipo de servicio que ofrecen: difusión de información, consejería, atención directa, canalización/referencia, y acompañamiento. Vale la pena precisar que no se tiene una definición operativa del tipo de servicios ofertados. Inicialmente, el tipo de servicios se categorizó en difusión de información, atención directa, y canalización/referencia. Sin embargo, las mismas organizaciones añadieron los servicios de consejería y acompañamiento; indicando que se hace un trabajo de mayor cercanía al brindar orientación y para dar seguimiento (acompañamiento) a un caso. También, en lo que respecta a

la interrupción del embarazo, la atención directa se refiere a brindar información amplia y pública sobre los métodos recomendados por la OMS para la interrupción segura de un embarazo en el marco de la NOM 046 u otras causales legales. Los tonos de colores de la tabla indican el nivel de cobertura del servicio o tema de SSR: oscuro (mayor cobertura), menos oscuro (menor cobertura), y claro (poca cobertura). El corte para la semaforización en estos colores es arbitrario y fue definido por el equipo de investigación.

Tabla 3. Número de organizaciones entrevistadas en Tapachula que ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva, por tema y tipo de servicio ofertado. México, 2020.

n=10	Difusión de información	Consejería	Atención directa	Canalización /referencia	Acompañamiento
Salud menstrual	4	5	7	9	9
Métodos anticonceptivos	6	6	5	8	8
Anticoncepción de emergencia	6	7	3	8	8
Pruebas de embarazo	6	8	6	8	5
Interrupción del embarazo (<12 semanas)	5	5	4	6	6
Atención prenatal	7	7	2	8	9
Atención del parto	4	8	0	10	10
Atención del postparto	6	7	3	9	9
Atención a mujeres que han vivido de violencia sexual	7	7	8	8	8
Infecciones de transmisión sexual	6	6	4	8	8

De acuerdo con lo reportado por las organizaciones de la sociedad civil (n=10), el servicio que más proporcionan para atender necesidades de SSR de las mujeres migrantes, es el de canalización/referencia; seguido del acompañamiento. El 100% de las organizaciones refieren y acompañan a las mujeres migrantes en la atención al parto, y la mayoría lo hace también para los cuidados antes y después del mismo. Por otra parte, reportan dar más servicios de consejería que de difusión de información. Llama la atención que, en casi todos los temas, la difusión de información tiene una cobertura media (de 40% a 70% de las organizaciones que brindan el servicio).

El servicio que menos se brinda es la atención directa, excepto para los temas de salud menstrual y atención a mujeres que han vivido violencia sexual. En este último caso, la atención directa es en su mayoría psicológica. De las 10 organizaciones entrevistadas, 6 tienen personal de salud en sus instalaciones, y 4 no cuentan con personal de salud. La mayoría de este personal es de enfermería y psicología, siendo sólo 2 (de las 5 con que se cuenta información), las que tienen a 1 médica o médico en servicio (**ver Tabla 4**). El único albergue entrevistado no cuenta con personal de salud en sus instalaciones. La prestación de los servicios ofertados por las OSC es gratuita.

Tabla 4. Personal de salud en OSC entrevistadas (2020)

Organización	Tipo de personal de salud (número)
1	Medicina (1) Enfermería (1) Psicología (1) Educación para la salud (1)
2	Medicina (1) Enfermería (1) Promoción de salud (1)
3	Enfermería (1) Psicología (1)
4	Enfermería (2)
5	Psicología (*)

Nota: *Sin información sobre el número o tipo de personal de salud con el que cuentan.

Fuente: Elaboración de las autoras con datos recolectados por Population Council, 2020.

En relación con la cobertura temática en SSR, la atención a violencia sexual tiene amplia cobertura de información y consejería (70%), así como atención directa, referencia/canalización, y acompañamiento (80%). Las OSC-OI comentan que la atención a la salud mental es una necesidad sentida de las mujeres migrantes que viven o han vivido violencia de género; por tanto, mucha de la atención directa se enfoca en dar servicio de psicología, aunque también hacen referencias y seguimiento para la prevención del embarazo y de infecciones de transmisión sexual.

Como se refirió anteriormente, la atención al embarazo (prenatal, parto, postparto) también tiene una cobertura notable. Después, la salud menstrual y la anticoncepción, incluida la de emergencia, son temas cubiertos en su mayoría a través de la canalización/referencia y acompañamiento (entre 8 y 9 de las 10 organizaciones entrevistadas). 7 de las organizaciones brindan atención a la salud menstrual de forma directa, pero pocas dan información (4) y consejería (5). 6 OSC realizan pruebas de embarazo de manera directa, mientras que 8 canalizan y 5 acompañan. El tema que menor atención tiene es el de interrupción del embarazo: información (5), consejería (5),

atención directa (3), canalización/referencia (5), y acompañamiento (3). Para la atención de infecciones de transmisión sexual (ITS), la mayoría de las organizaciones (8) hacen canalización y acompañamiento, solo 4 organizaciones dan atención directa y un poco más de la mitad (6) hacen difusión de la información y consejería. 1 de las organizaciones entrevistadas, es la referencia principal a la que las demás canalizan en casos de ITS, incluido VIH/Sida. Finalmente, algunas organizaciones también subvencionan la atención a través de apoyos económicos para tratamientos o estudios.

De acuerdo con la información proporcionada por la CAMDN-DSVII, en 2020, como respuesta a COVID-19, ACNUR y otros organismos internacionales como la OIM, brindaron equipo de protección personal a quienes trabajan en los albergues: cubrebocas, caretas, gel desinfectante y batas. Además, ACNUR acondicionó espacios públicos para lavarse las manos a lo largo de la fila que se forma en el edificio de COMAR y también apoyó con recursos económicos para aislar a personas o familias con un diagnóstico positivo de COVID-19 en espacios alternativos, como cuartos de hotel.

5.4.3. Atenciones brindadas en 2019 y 2020 (servicios públicos de salud)

A continuación, se presenta la información recolectada para este estudio sobre la prestación de servicios de SSR a la población en general y a mujeres migrantes de enero a septiembre de 2019 y 2020. La información hace referencia al municipio de Tapachula, se recolectó mayormente del Subsistema de Información en Prestación de Servicios (SIS) entre otras fuentes secundarias (ver **Anexo 1**), y fue enviada a las personas enlaces de SSR del Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH) para su validación y complementación de información faltante. Cabe mencionar que, la información del año 2020 es preliminar, debido a que requiere validación estatal y federal. También se utilizó la información brindada por los registros del Distrito Sanitario VII (CAMDN-DSVII). Sobre las limitantes referidas a los sistemas de información para entender la prestación de servicios a población migrante, ver **Sistemas de Información en Salud**.

En relación con las atenciones brindadas (ver **Tabla 5**), de enero a septiembre de 2019 se otorgaron un total de 113,883 consultas (de todo tipo) a mujeres, de las cuales 13,130 (11.5% del total) fueron otorgadas a mujeres migrantes²⁰ en los tres niveles de atención. En el mismo periodo de 2020, se otorgaron un total de 56,092 consultas, de las cuales 7,754 (13.8% del total) se dieron a mujeres migrantes. **En ambos años, las mujeres migrantes recibieron consultas principalmente en el primer nivel de atención. En 2020, las atenciones disminuyeron en casi 50 puntos porcentuales en población de mujeres en general, y de 41 puntos en mujeres migrantes.**

²⁰ Cabe mencionar que los datos tomados del SIS el término migrante es definido como todo individuo, sólo o acompañado, de cualquier grupo de edad y sexo, que se mueve por tiempos variables de su lugar de residencia habitual a otro de residencia temporal y que no ha permanecido en el mismo lugar de manera continua por un lapso igual o mayor de 5 años. El concepto de migrante acorde a la Ley de Migración (Art. 3 fracción XVII) se refiere al individuo que sale, transita o llega al territorio de un Estado distinto al de su residencia por cualquier tipo de motivación.

Tabla 5. Servicios de SSR otorgados a población general de mujeres y a mujeres migrantes por año y nivel de atención. Tapachula, Chiapas. 2019-2020.

Servicio otorgado	Población general (mujeres)								Población migrante (mujeres)								Total población general (mujeres)		Total población migrante (mujeres)	
	JS VII		Primer nivel		Segundo nivel		Tercer nivel		DS VII		Primer nivel		Segundo nivel		Tercer nivel		2019	2020	2019 n(%)	2020 n(%)
	2019	2020*	2019	2020*	2019	2020*	2019	2020*	2019	2020*	2019	2020*	2019	2020*	2019	2020*	2019	2020	2019 n(%)	2020 n(%)
Consultas dadas**	0	3,901	87,471	45,903	12,793	2,394	13,619	7,795	6,244	4,014	6,886 (7.8%)	3,706 (8.0%)	0	34 (1.4%)	0	0	113,883	56,092	13,130 (11.5%)	7,754 (13.8%)
Violencia sexual																				
Atención por violencia sexual	0	0	1	2	78	60	0	0	SD	SD	0	0	12	10	SD	SD	79	62	12	10
Atención oportuna (primeras 72h) en personas migrantes	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	SD	SD	0	0	4	9	SD	SD	NA	NA	4	9
Atención psicoemocional por violencia	0	0	96	37	0	0	0	0	SD	SD	1	0	21	11	0	0	96	37	22	11
Salud sexual																				
Consultas por ITS	0	0	638	322	0	0	0	0	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	638	322	N/I	N/I
Detecciones de ITS (CAPASITS)	NA	NA	1,031	374	NA	NA	NA	NA	NA	NA	N/I	N/I	NA	NA	NA	NA	1,031	374	N/I	N/I
Salud reproductiva																				
Consultas y atenciones de Planificación Familiar (ambos sexos)	0	0	5,120	3,783	0	1,131	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,120	4,914	0	0
Preservativos repartidos	0	0	42,994	13,083	0	0	0	0	0	0	2,213	1,180	0	0	0	0	42,994	13,083	2,213	1,180
Condomes entregados a organizaciones de la sociedad civil (CAPASITS)	0	0	1,750	0	0	0	0	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1,750	0	NA	NA
Consultas patología benigna de mama y cáncer mamario	0	0	358	283	1,257	284	1,481	1,335	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	3,096	1,907	N/I	N/I
Consultas de cáncer cervicouterino	0	0	1	0	562	75	1,060	592	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	1,623	667	N/I	N/I
Detecciones CA de mama y CACU	0	0	4,392	976	0	0	0	0	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	4,392	976	N/I	N/I
Salud materna																				
Ultrasonidos realizados a mujeres embarazadas¹	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Consultas por embarazo	511	377	7,308	8,756	406	156	0	0	330	101	N/I	788	N/I	0	N/I	0	8,225	9,289	330	889
Consultas con complicaciones en el embarazo	0	0	756	570	0	0	0	0	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	756	570	N/I	N/I
Atención de parto	0	0	3	0	2,788	2,151	0	0	0	0	0	0	764	857	0	0	2,791	2,151	764	857
Atenciones obstétricas por aborto	0	0	0	0	501	428	1	0	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	501	428	N/I	N/I
Consultas de puerperio	0	0	1,730	1,410	0	0	0	0	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	1,730	1,410	N/I	N/I
Muertes maternas***	6	8	N/I	N/I	2	4	N/I	N/I	1	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	6	8	1	0

Leyendas: (1) N/I: No se tiene información por falta de registro en formatos oficiales; (2) SD: Sin datos en la base de datos; (3) NA: No aplica.

Notas: * Los datos de 2020 son datos preliminares y podrían modificarse cuando sean validados. * Los datos de la población general de mujeres, para las consultas, incluyen los datos de las consultas brindadas a población migrante. El Sistema de Información en Salud no permite identificar el servicio de atención en salud por el cuál las mujeres migrantes recibieron una consulta médica. La información de las consultas brindadas a mujeres migrantes se condensa a nivel de la Jurisdicción Sanitaria; *** El Distrito Sanitario reporta todas las muertes maternas. Las muertes maternas reportadas por el Hospital General están incluidas en las reportadas por el Distrito. Los datos sobre muertes maternas, tanto de 2019 como de 2020 son datos preliminares. Podrían cambiar una vez que sean validados.

t: Fue reportado oficialmente como cero, debido a que sólo se registra el número total de ultrasonidos por todas las causas, y no es posible desagregar los ultrasonidos obstétricos.

En cuanto a los **servicios de SSR otorgados**, se observa una disminución del número de atenciones brindadas entre 2019 y 2020, excepto para las consultas de embarazo en población general de mujeres en primer nivel de atención (7,306 vs. 8,756 consultas) y la atención de partos en mujeres migrantes en segundo nivel de atención (764 vs. 857 partos). Sin embargo, de acuerdo con las OSC-OI entrevistadas, entre mayo y julio de 2020 el servicio de consulta externa prenatal dejó de funcionar en el primer nivel de atención. La disminución absoluta del número de consultas brindadas es para consultas y detecciones de infecciones de transmisión sexual, consultas para patología benigna de mama y cáncer mamario, consultas de cáncer cervicouterino (CACU), detecciones de cáncer de

mama y cáncer cervicouterino, y consultas y atenciones de planificación familiar en primer nivel de atención (ver **Tabla 5**).

La reducción en el número de consultas en 2020 puede estar relacionada con la pandemia de **COVID-19**, la consecuente reconversión hospitalaria y reorganización de la atención en unidades de salud de primer nivel (horarios y menor número de personal de salud disponible para laborar, por ser población de riesgo), así como la reticencia de la población a acudir a unidades de salud por miedo al contagio. Cabe resaltar, sin embargo, que la proporción de mujeres migrantes atendidas en el primer nivel de atención fue similar en 2019 (7.7%) y 2020 (8%) según los datos recolectados.

Nota de campo

Esto solo puso una barrera más y más difícil de sortear.

Se ha cancelado toda la consulta externa, incluida la prenatal. Sólo se están atendiendo embarazos de alto riesgo y embarazadas de último trimestre. ¿Cómo van a saber si es de alto riesgo si no las ven? Para las personas que no llegan a ellas (a organizaciones de la sociedad civil) seguramente están sin atención y con muchas dificultades de acceso.

ID-23-Organización-nota de campo

“Bueno ahorita con lo de la pandemia, se cerró la consulta externa lo que hacemos es referirla con un ginecólogo para que se le dé la orientación, si no es una urgencia se le da la orientación, se le atiende y se regresa a su unidad de salud que sería a su centro de salud que la está refiriendo. Y pues si es una urgencia pues inmediatamente se le tiene que ingresar.”

ID-04-Enfermería

De acuerdo con los datos recabados, los Centros de Salud que brindaron un mayor número de atenciones a personas migrantes en 2019 y 2020 se caracterizan por ser CS urbanos con 1 (CS Tapachula de Córdoba y Ordóñez, CS Nuevo Milenio), 3 (CS Raymundo Enríquez) y 4 núcleos básicos (CS Tapachula Indeco Cebadilla) -entre más núcleos básicos, mayor la capacidad instalada de recursos humanos y equipo médico de atención (ver **Cuadro 1**)-.²¹ La **Tabla 6** describe la capacidad instalada de estos centros de salud y del HGT. En un reporte de ACNUR, los CS que reciben en mayor medida a solicitantes de asilo en Tapachula, son: Tapachula (también conocido como 5 de febrero), Raymundo Enríquez, y Santa Clara (ACNUR, 2020). De acuerdo con lo reportado por las unidades de salud, los tres principales países de origen de las mujeres migrantes atendidas en 2019 y 2020 fueron Honduras, Guatemala y Haití.

²¹ Las unidades de salud que brindaron un mayor número de consultas a población de mujeres migrantes en 2019 fueron el Distrito Sanitario VII (n=6,244 consultas), el CS Nuevo Milenio (n=2,721 consultas), el CS Tapachula de Córdoba y Ordóñez (n=1,936 consultas) y el CS Raymundo Enríquez (n=859 consultas). En 2020, las unidades de salud que brindaron más atención fueron la Jurisdicción Sanitaria (n=4,014 consultas), el CS Tapachula de Córdoba y Ordóñez (n=2,006 consultas), el CS Raymundo Enríquez (n=338 consultas) y el CS Tapachula Indeco Cebadilla (n=245 consultas). No se cuenta con información sobre el número de consultas brindadas a población migrante para el HGT en 2019. Para 2020, el HGT tiene el registro de 34 consultas brindadas a mujeres migrantes.

Tabla 6. Capacidad instalada de los Centros de Salud que proporcionaron atención a una mayor proporción de mujeres migrantes en Tapachula, Chiapas. 2019-2020

Nombre del Centro de Salud	Personal médico total*	Personal médico en formación*	Personal médico con especialidad en Ginecobstetricia	Personal de enfermería*	Personal de psicología*	Laboratorio de análisis clínico*	Equipo de ultrasonido*	Consultorios para atención en medicina preventiva**	Consultorios para atención de medicina general y/o familiar**	Consultorios para planificación familiar**
Hospital General de Tapachula (HGT)	154	35	15	464	N/I	N/I	0	N/I	0	0
Tapachula Ideco Cebadilla	10	2	0	16	1	0	0	1	3	0
Tapachula de Córdova y Ordóñez (5 de febrero)	15	3	0	34	1	1	0	1	6	0
Raymundo Enríquez	3	2	0	13	1	0	0	1	3	0
Nuevo Milenio	4	3	0	11	1	0	0	0	2	0

Notas: *Información de 2019. ** Información de 2020. N/I: No se cuenta con información por falta de registro en formatos oficiales.

Sobre la atención a casos de violencia sexual, el HGT (segundo nivel de atención) es la única unidad que cuenta con el **Servicio Especializado de Atención a la Violencia**, por lo que las atenciones se brindan ahí. Sólo un CS reportó también atención a violencia sexual. De enero a septiembre de 2019, se otorgaron un total de 79 consultas relacionadas con la atención a violencia sexual a mujeres no identificadas como migrantes (población general), de estas sólo una se dio en primer nivel de atención y las demás en el HGT. En el mismo año y periodo, se otorgaron 12 consultas a mujeres migrantes, todas brindadas en el Hospital General de Tapachula.

En el año 2020, se otorgaron 62 consultas relacionadas con la atención a violencia sexual a población general de mujeres y 10 consultas a mujeres migrantes. Del total de consultas brindadas a mujeres migrantes, en 4 de las 12 consultas para 2019 y 9 de las 10 consultas para 2020, la atención fue brindada de manera oportuna (en las primeras 72 horas). Adicional a la atención médica por violencia sexual, a las mujeres se les ofrece atención psicoemocional por violencia. En 2019, 22 mujeres migrantes recibieron este tipo de atención y, 11 en 2020 (ver

Tabla 5). Las consultas por **ITS** se proporcionan mayoritariamente en el primer nivel de atención, pero no se cuenta con información desagregada para mujeres migrantes en los sistemas de información en salud.

En cuanto a la atención a la salud reproductiva, se observa una reducción en el número de atenciones de **planificación familiar** en el primer nivel de atención de 2019 (n=5,120) a 2020 (n=3,793). En el segundo nivel, se proporcionaron 1,131 atenciones de planificación familiar en 2020, mientras que no se registraron estas atenciones en 2019. Sobre los métodos anticonceptivos otorgados dentro y fuera de las unidades de salud para mujeres migrantes, este estudio sólo cuenta con información del Distrito Sanitario VII. Se observa una disminución notable en el otorgamiento de anticonceptivos de 2019 a 2020. En ambos años, el anticonceptivo más otorgado fue el preservativo masculino, aunque hubo una reducción considerable en 2020 (n=1,030) respecto a 2019 (n=10,884). Incluso, en 2020, el CAPASITS no reportó entrega de preservativos a organizaciones de la sociedad civil, mientras que en 2019 registró haberles repartido 1,750 preservativos (ver **Tabla 7**).

Tabla 7. Métodos anticonceptivos otorgados dentro y fuera de las instalaciones de salud a población general de mujeres y a mujeres migrantes por año y nivel de atención. Tapachula. Chiapas. 2019-2020.

Método anticonceptivo otorgado	Población general (mujeres)								Población migrante (mujeres)								Total población general (mujeres)		Total población migrante (mujeres)	
	JS VII		Primer nivel		Segundo nivel		Tercer nivel		DS VII		Primer nivel		Segundo nivel		Tercer nivel		2019	2020	2019 n(%)	2020 n(%)
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020				
Oral	0	0	148	70	58	367	0	0	429	10	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	206	437	429	10
Inyectable mensual	0	0	400	883	24	43	0	0	0	20	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	424	926	0	20
Inyectable bimestral	0	0	810	680	42	36	0	0	10	0	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	852	716	10	0
Implante subdérmico	0	0	155	267	1,785	751	0	0	0	0	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	1,940	1,081	0	0
Parche dérmico	0	0	34	39	5	31	0	0	0	0	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	39	70	0	0
DIU	0	0	26	21	381	176	0	0	0	0	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	407	197	0	0
DIU Medicado	0	0	0	4	157	134	0	0	0	0	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	157	138	0	0
OTB	0	0	3	0	661	0	1	0	0	0	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	665	0	0	0
Preservativo masculino	0	0	8,645	2,821	0	1,766	0	0	10,884	1,030	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	8,645	4,587	10,884	1,030
Preservativo femenino	0	0	464	112	0	0	0	0	271	0	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	464	112	271	0
Otro método	0	0	0	0	0	175	0	0	0	0	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	0	175	0	0
Orientación /consejería	0	0	3,629	3,614	0	0	0	0	0	1,030	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	3,629	3,614	0	1,030
Anticoncepción de emergencia	0	0	3	12	0	0	0	0	0	0	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	3	12	0	0

Leyendas: (1) N/I: No se cuenta con información por falta de registro en formatos oficiales

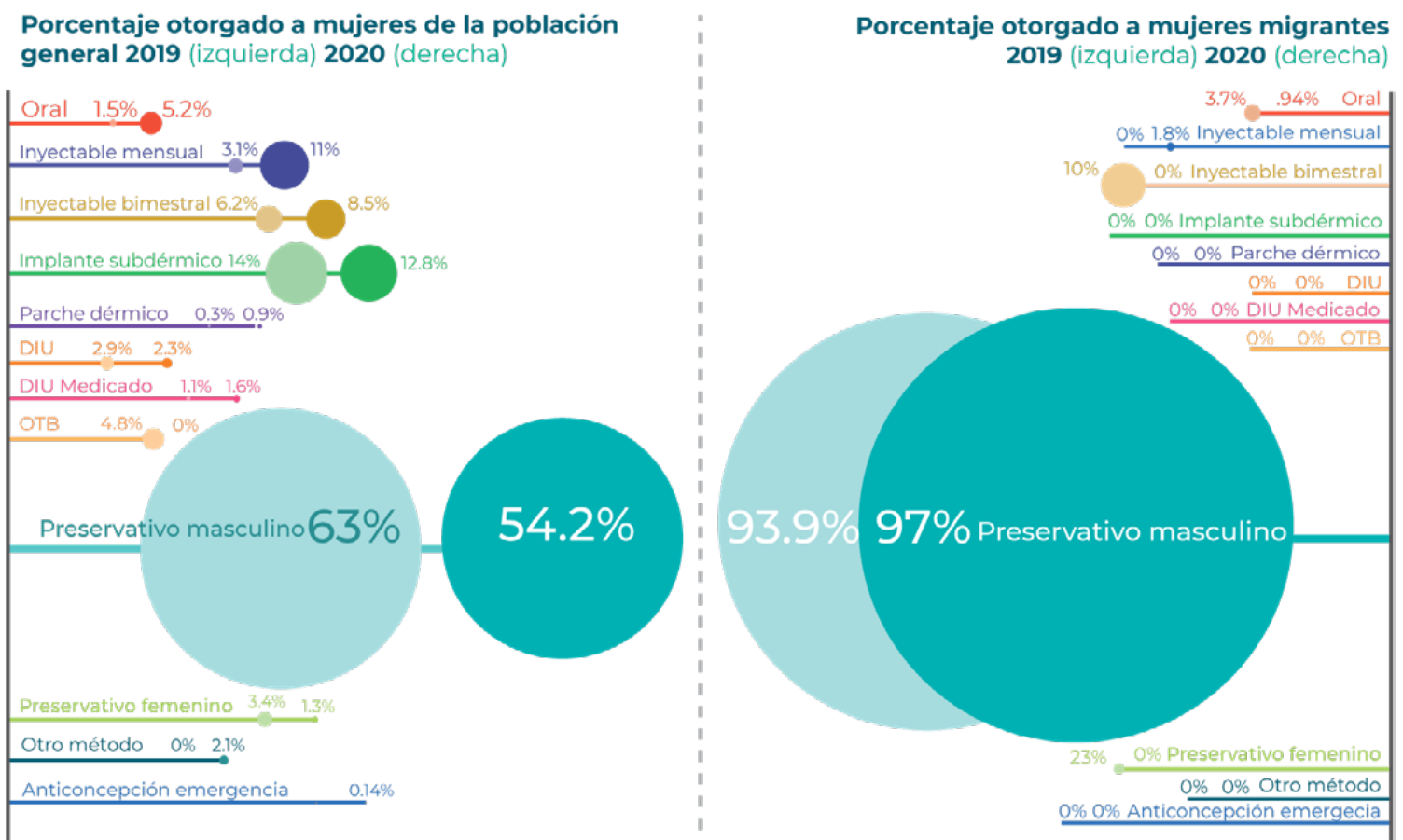
Fuentes: Sistema de Información en Salud de la DGIS (consolidado, 2019).

Sistema de Información en Salud de la DGIS (2020), actualizado al 8 de febrero de 2021.

En 2019 y 2020 los registros indican un aumento del número de métodos entregados a población en general en primer nivel de atención entre 2019 y 2020 para inyectables mensuales, implante y parche subdérmico, así como del número de orientaciones/consejería brindada (ver **Gráfica 3 y Tabla 7**). En contraste, los datos muestran una disminución del número de métodos

anticonceptivos entregados a población migrante entre 2019 y 2020, particularmente en los anticonceptivos orales, inyectable bimestral y preservativos masculinos (ver **Tabla 7**). Esto puede deberse al menor flujo migratorio durante el año 2020, o a dificultades operativas para distribuir o colocar los métodos.

Gráfica 3. Total de métodos anticonceptivos otorgados a mujeres en Tapachula por tipo de método (2019-2020)



Fuente: elaboración de las autoras con información propia.

No se tiene información para este estudio sobre atenciones brindadas a mujeres migrantes para **cáncer de mama y cervicouterino** (CACU). Sin embargo, se observa una disminución importante de consultas para detección de estos tipos de cáncer a población general de mujeres entre 2019 y 2020 (4,392 vs. 976 consultas) **(ver Tabla 5)**.

Finalmente, sobre **salud materna**, tanto en 2019 como en 2020, con respecto al número de **consultas por embarazo**, se registra un aumento de atenciones en la población general de mujeres (8,225 vs. 9,289) -concentradas en el primer nivel de atención-. En 2020, el primer nivel de atención brindó 788 consultas prenatales a mujeres migrantes. No se tiene registro sobre el número de **ultrasonidos** realizados a mujeres embarazadas en ninguno de los dos años, pues no se cuenta con esta información desagregada. Además, se observó una ligera

disminución en el número de **partos atendidos** en el segundo nivel de atención para la población general de mujeres entre 2019 y 2020 (2,788 vs. 2,151) y un aumento en el número de partos atendidos en segundo nivel de atención para la población de mujeres migrantes (764 vs. 857) en dicho municipio. Aunque los datos no permiten definirlo, indirectamente indican que no todas las mujeres migrantes que dan a luz en Tapachula acuden previamente a un control prenatal, pues idealmente se observaría un número similar o mayor de consultas prenatales que de partos; sin embargo, la relación es inversa: 330 consultas prenatales vs. 764 partos en 2019, y 788 consultas vs. 857 partos en 2020. De la misma forma, en 2020, sólo se otorgaron 1,410 consultas de puerperio, a pesar de que hubo 2,151 partos, lo cual también indica una falta de continuidad de la atención en el periodo posparto **(ver Tabla 5)**.

5.4.3.1 Actividades de la CAMDN-DSVII durante la respuesta a la pandemia por COVID-19

Durante el periodo de pandemia, las actividades de la CAMDN-DSVII se alinearon a las instrucciones de la Secretaría de Salud por la emergencia sanitaria: se priorizó la vigilancia epidemiológica de COVID-19 y la atención prenatal. Así, en coordinación con agencias de la ONU (como ACNUR y OIM), se trabajó con los albergues para acondicionar espacios de aislamiento para casos sospechosos o confirmados de COVID-19. Asimismo, la CAMDN-DSVII ha coordinado esfuerzos para

asegurar el albergue a mujeres embarazadas. Para el tratamiento médico, dado que la consulta externa en el HGT fue suspendida, el control prenatal de embarazadas (migrantes y no migrantes) es proporcionado a partir de marzo de 2021, en el Módulo Máter que se instaló en las oficinas del Distrito Sanitario. Los Centros de Salud identifican a aquellas personas con un embarazo de alto riesgo, y la derivan al Módulo Mater del DSVII.

“Un reconocimiento completo a todas las agencias de la ONU hacia el apoyo durante la pandemia y fuera de la pandemia también.”

ID-44-DSVII

En el periodo de pandemia, la CAMDN-DSVII reporta que se ha observado también que, para acceder a la atención en segundo nivel, algunas personas se presentan a urgencias sin que médicamente su situación amerite asistir a este servicio, lo que en ocasiones genera una saturación de este. Por ello, el área de trabajo social del primer nivel (ya sea en centros de salud o en servicios médicos en albergues, por ejemplo) gestiona la adecuada referencia a servicios de urgencia -y se asegura de que los casos valorados como urgencias, sí se atiendan-.

También, a pesar de la dificultad de realizar jornadas informativas y de atención dada la insuficiencia de recursos como vehículos y

personal (ver **Financiamiento**), la coordinación continúa realizando jornadas de atención en calle, con promotores de la salud para informar sobre medidas de prevención de COVID-19 (distanciamiento social, lavado constante de manos, uso de cubrebocas) y ofertar servicios, entre ellos los de planificación familiar y el uso de preservativos. Entre las personas migrantes beneficiarias del programa de Emergencia Social también se han formado brigadas de identificación de casos de COVID-19 entre esta población, como parte de sus actividades de servicio social y comunitario. Según reporta la CAMDN-DSVII, todos los albergues tienen un espacio para el aislamiento de casos COVID-19.

5.5. Barreras y facilitadores para la prestación de los servicios

La prestación de los servicios de SSR depende del contexto, habilitante o no, en que se inserten las instituciones responsables de brindar estos servicios, y la búsqueda de atención de la población:

- A **nivel macro**, este contexto se define por el marco legal y de políticas públicas sobre el derecho a la salud, la atención a población migrante indocumentada y normativas específicas de SSR. También incluye concepciones socioculturales sobre el género, la migración, la atención a la salud, que enmarcan el actuar de las y los actores en sus contextos. Las consecuencias de esto, por tanto, se manifiestan en el nivel meso y micro de actuación.
- A **nivel meso**, las instituciones prestadoras de servicios de salud (públicas, no gubernamentales, y privadas con fines de lucro), tienen cierta capacidad instalada (o no) para la atención.
- A **nivel micro**, el contexto en el que viven las mujeres migrantes, incluido su entorno familiar y comunitario, generan también barreras y facilitadores de la búsqueda de atención.

5.5.1. Nivel macro: normativas, política pública y programas de atención a la salud migrante

5.5.1.1. Normatividad y operación (INSABI)

El marco normativo mexicano estipula su compromiso por respetar y hacer valer los derechos humanos de las personas en este territorio. Asimismo, la política pública en torno al acceso a la salud promueve el acceso universal a los servicios (prevención, diagnóstico, tratamiento, y seguimiento), sin discriminación. Sin embargo, según la Ley General de Salud (2021), los requisitos para acceder a la atención gratuita del INSABI (y del programa IMSS-Bienestar) son 1) ser personas que se encuentren en el territorio nacional; 2) no ser

derechohabientes de la seguridad social; y 3) contar con documento de identificación oficial (Clave Única de Registro de Población [CURP], acta de nacimiento, certificado de nacimiento o documentos que se establezcan en las disposiciones reglamentarias) (Art. 77 Bis 7).

Contextualmente, la reforma a la Ley General de Salud que dio pie a la desaparición del Seguro Popular fue publicada en noviembre de 2019. El INSABI inició operaciones el 1 de enero de 2020 y la notificación del primer caso de COVID-19 en México fue el 27 de febrero de 2020.

Es decir, hubo una superposición de cambios importantes en el sistema de salud con la pandemia por **COVID-19**, que pueden explicar los **retos operativos** para la transmisión de la información del nivel federal al local e implementar flujos adecuados de operación (Reich, 2020). A pesar de las ventajas que podría representar para la población migrante (y mexicana) la eliminación de cuotas para algunas intervenciones y los trámites de afiliación al Seguro Popular, es decir, que pudiera ser un facilitador en el acceso, en la práctica, debido a la coyuntura de diversos factores mencionados anteriormente, el primer año de implementación del INSABI, fue un periodo de planeación y preparación.

Esto puede explicar por qué, de acuerdo con algunas OSC-OI, la entrada en **operación del INSABI** implicó una disminución en el acceso y continuidad de la atención a la SSR de las mujeres migrantes. Desde su punto de vista, no son claros los requisitos para prestar la atención de forma gratuita, ni el procedimiento a seguir en caso de que no se cuente con documentos de identidad mexicanos. Sin embargo, las y los proveedores de servicios de salud no identifican el cambio administrativo como una dificultad, sino que afirman que para recibir atención es necesario que la usuaria cuente con una constancia de identidad con fotografía, y en caso de no contar con ella se solicita el apoyo en los consulados, garantizando que la atención médica se proporcione.

Cabe señalar que en Tapachula sólo hay consulados de algunos países de Centroamérica, y que algunos países caribeños (como Haití) o africanos, no cuentan con representación diplomática alguna en México. Esto implica una barrera clara para las personas originarias de estos países -que, en el caso de Haití, llegan a representar una proporción significativa de la población migrante- pues no hay una institución interlocutora que pueda proporcionar servicios consulares, atender las necesidades de su comunidad y proteger y defender sus derechos y garantías mientras se encuentran en México.

La CAMDN-DSVII explica que los centros de salud solicitan un comprobante de domicilio para proporcionar la atención, pues es necesario que las personas migrantes acudan al CS que le corresponde territorialmente a su domicilio -incluso si este es un albergue-. En caso de que la persona viva en situación de calle reporta la CAMDN-DSVII que los CS le proporcionan atención por única ocasión y se reporta el caso a la Coordinación misma. Trabajo social da seguimiento al caso para entender en qué zona (ej. parque) duerme la persona y gestiona la atención con el centro de salud correspondiente.

Notablemente, **contar con uno o varios documentos, continúa siendo necesario para dar continuidad a la atención después de una consulta inicial**. El tramitar estos documentos, que requieren de la intervención de distintos gestores, puede retrasar la continuidad de la atención y

prolongar los periodos de espera, sobre todo si los consulados no son responsivos o cierran en emergencias como la pandemia por COVID-19, o si la situación epidemiológica incrementa la carga laboral del área de trabajo social. En la experiencia de las mujeres migrantes, en contraste también, en algunos centros de salud, **la documentación requerida es más extensa** e incluso se solicita presentar algún tipo de Tarjeta de Visitante o de residente permanente. En este caso, las mujeres que no cuentan con algún tipo de documentación provista por las autoridades mexicanas no tienen acceso a los servicios, o se les dificulta ampliamente que sean brindados con oportunidad.

Por otro lado, la reforma de salud de 2019 eliminó la necesidad de la

afiliación a un seguro y los pagos en las clínicas y hospitales públicos del primer y segundo nivel del país (Reich, 2020). En diciembre de 2020, se publicó el Decreto en el que se establece la exención de las cuotas en hospitales e institutos de tercer nivel (DOF, 2020).²² Esto es claramente un facilitador a nivel macro para la atención a la salud de mujeres migrantes indocumentadas. Sin embargo, esta normativa no fue identificada como facilitadora para el acceso a servicios de SSR por las mujeres entrevistadas, los proveedores de servicios de salud o las OSC-OL. Esto refleja la **falta de información o conciencia sobre el derecho a la atención gratuita, o al desconocimiento sobre cómo operativizar por parte de las y los trabajadores de salud**. De igual forma, evidencia la poca disponibilidad de información sobre el acceso sin costo a la salud entre las mujeres migrantes, y los pasos para lograrlo.

²² Aunque en el tercer nivel de atención se mantendrán las cuotas de recuperación hasta 2022, las y los usuarios de los servicios estarán exentos de pagarlas con base en el "ACUERDO por el que se modifica el diverso por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría, publicado el 27 de mayo de 2013" (DOF, 30/11/2020).

Nota de campo

[A la persona entrevistada] le gustaría comentar que cree que anteriormente, cuando tenían Seguro Popular, había más seguimiento y más acceso, sobre todo para las migrantes solicitantes de asilo porque tenían acuerdo con el INM y la COMAR porque podían tener acceso por un año gratuitamente. USG (ultrasonido) sí se les cubría. Ahora ve retroceso con el INSABI. Antes había mucha claridad de qué documentos les iban a requerir y ahora ven que depende del centro de salud, a veces sí les piden la CURP y a veces no. Como solicitantes de asilo sí pueden tener CURP temporal. Pero en el caso de migrantes no solicitantes de asilo no pueden tener una CURP, entonces no van a poder tener acceso. Cree que migrantes en tránsito tienen más riesgo que los solicitantes para tener atención.

ID-27-Organización-nota de campo

E: “¿Y a lo largo de este tiempo en el que ha ido y ha vuelto, observa que ha sido difícil atender su salud en lo que está moviéndose de un lugar a otro?”

R: “Eh, a veces sí porque, a veces porque como que no quieren atenderlo, le piden muchas cosas a uno. En el de las Culturas me pedían que, si yo tenía tarjeta de visitante o tarjeta permanente, en ese entonces no tenía nada.”

ID-32-071020

“Los que traen documentación, a veces vienen referidos por ACNUR o ya traen su pasaporte nada más porque pues para el nivel que estamos cubriendo piden también como requisito un comprobante de domicilio, una credencial o un pasaporte para poderlos identificar, que se requiere para poder dar seguimiento y algunos vienen en situación de calle, pero se atienden de todas maneras.”

ID-12-Personal médico

E: “Me comentaba que no ha utilizado ningún método anticonceptivo [“no”] y, ¿tiene usted acceso a ellos de alguna manera?”

R: “En el centro de salud sí, pero nada más que como no tengo ni un papel no me lo puedo poner.”

ID-28-051020

5.5.1.2. Normatividad para la atención a SSR

Sobre la atención en SSR, la normativa mexicana facilita la atención en tanto emite protocolos claros para ello y coadyuvar a que la atención se otorgue de manera oportuna e integral. Las personas entrevistadas trabajadoras de la salud mencionan en específico la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 sobre Violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

Criterios para la prevención y atención (DOF, 2016a; Secretaría de Salud, 2009); y la NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (DOF, 2016b). En el Cuadro 3 se encuentran las principales Normas Oficiales Mexicanas (NOM) sobre SSR.

Cuadro 3. Normas Oficiales Mexicanas (NOM) de SSR

NOM-005-SSA2-1993.	De los servicios de planificación familiar.
NOM-007-SSA2-2016.	Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.
NOM-010-SSA2-2010.	Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
NOM-014-SSA2-1994.	Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.
NOM-034-SSA2-2013.	Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.
NOM-035-SSA2-2012.	Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.
NOM-041-SSA2-2011.	Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
NOM-046-SSA2-2005.	Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
NOM-047-SSA2-2014.	Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad.

El marco normativo para la prestación de servicios de **aborto legal** (2021) también facilita la atención en caso de que el embarazo sea resultado de una violación (en los primeros 90 días según el Código Penal); y cuando la mujer embarazada corre peligro de muerte, o el producto en gestación sufre alteraciones genéticas o congénitas que tendrán como consecuencia el nacimiento del producto con trastornos físicos o mentales graves (Código Penal del Estado de Chiapas, 2020). Cabe mencionar que, en julio de 2021, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (2021) emitió una sentencia de amparo en la que “declaró inconstitucional la porción normativa del artículo 181 del Código Penal para el Estado de Chiapas, y como consecuencia la negativa de la autoridad sanitaria a practicar la interrupción del embarazo”. En septiembre del año

en curso, la SCJN estableció que sancionar penalmente (encarcelar) a las mujeres y otras personas con la capacidad de gestar que deciden interrumpir su embarazo es inconstitucional, por lo que juezas y jueces de todos los niveles, “tienen la obligación de aplicar los argumentos expuestos por la Corte en esta decisión para resolver los casos de los que conozcan, y tanto legisladoras como legisladores de las entidades donde aún se restringe y castiga el ejercicio de la autonomía reproductiva cuentan con criterios avalados por el máximo tribunal para despenalizar el aborto consentido” (GIRE, 2021). Además del marco normativo, las instancias federales en salud publican lineamientos técnicos y guías de práctica clínica, documentos de referencia que proporcionan información actualizada y basada en evidencia científica.

5.5.1.3. Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante (PIASM) y CAMDN-DSVII

El PIASM es en sí mismo un **facilitador** para la atención, pues establece áreas, acciones, y responsables de acciones para garantizar la atención a la salud de la población migrante (**ver Cuadro 1**). Sin embargo, durante el primer año de pandemia, el Plan se actualizó y las y los entrevistados no mencionaron concretamente acciones derivadas de este. Por su parte, la existencia de la CAMDN-DSVII se puede considerar como un facilitador para la atención a la población migrante, incluida la SSR de mujeres, en tanto que ese es su mandato. La CAMDN-DSVII surge como una necesidad de liderazgo para la coordinación de acciones dirigidas a la atención a la salud de la

población migrante. Sin embargo, sus recursos son limitados y depende en gran medida de los recursos que otras dependencias gubernamentales y organismos internacionales pueden brindarles (**ver Financiamiento**), así como de la integración de componentes y actividades dirigidas a población migrante dentro de los programas de salud ya existentes y liderados por las otras coordinaciones del Distrito Sanitario.

5.5.2. Nivel meso: capacidad instalada para la prestación de servicios de salud

5.5.2.1. Sistemas de Información en Salud

México cuenta con un **Sistema de Información en Salud**²³ que permite la recopilación y análisis de información clave sobre estadísticas vitales, vigilancia epidemiológica y la operación de los programas de salud. En materia de salud sexual y reproductiva se encuentra una amplia gama de variables sobre los servicios ofertados en unidades de salud y en la comunidad. En 2020, el Subsistema de Prestación de Servicios contaba con un aproximado de 428 variables en SSR. Esta información sirve como principal insumo para la planeación, programación, presupuestación y ejecución eficiente, así como para el monitoreo y evaluación.

- Sin embargo la **definición de migrante** del Subsistema de Información en Prestación de Servicios (SIS) abarca migración interna y migración internacional, lo cual invisibiliza las necesidades de ambos grupos

y el trabajo que realiza el sector salud para estas poblaciones.

- El SIS registra el total de **consultas brindadas** a la población migrante dentro de unidades de salud, pero la información disponible al público sobre las variables de diversas atenciones en SSR otorgadas no se puede desglosar por personas migrantes y no migrantes. Por lo cual, aunque las atenciones se estén brindando a esta población, no es posible saber si las consultas brindadas fueron por embarazo, de planificación familiar, o por infecciones de transmisión sexual, por ejemplo. Por ello, la identificación de las necesidades prioritarias de SSR de mujeres migrantes extranjeras (y en tránsito) por el país, no es directamente accesible.
- Por otro lado, la intención de este estudio era diferenciar también entre atenciones brindadas a mujeres, hombres y **personas no-binarias**, pero

²³ Con base en la NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en Salud, un Sistema de Información en Salud se define como un conjunto de componentes o módulos que integran las actividades derivadas del proceso de atención a la salud y prestación de servicios, incluyendo los daños a la salud (morbilidad y mortalidad), nacimientos, población y cobertura, además de los recursos humanos, de infraestructura, materiales y financieros; con el propósito de producir y difundir información estadística, que es sustento del proceso para la toma de decisiones. En México, el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) se encuentra conformado por: a) estadísticas de natalidad, mortalidad, morbilidad e invalidez; b) factores demográficos, económicos, sociales y ambientales vinculados a la salud; y, c) recursos físicos, humanos y financieros disponibles para la protección de la salud de la población y su utilización, el cual es administrado por la Secretaría de Salud, por conducto de la Dirección General de Información en Salud. El SINAIS cuenta con diversas aplicaciones tecnológicas tales como el Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS), Subsistema de Prestación de Servicios (SIS), Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC), Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), Subsistema Lesiones y Causas de Violencia (LESIONES), entre otros.

las categorías en los sistemas de información sólo contemplan hombre y mujer. En este sentido, el actual SIS no permite conocer la demanda de atención de distintas subpoblaciones (ej. mujeres migrantes o personas migrantes no binarias).

- El **registro** de las atenciones a mujeres migrantes en las unidades de salud de Tapachula se realiza en un formato de registro en papel y no electrónico. Esto limita la capacidad de las unidades de tener información disponible y pública de forma oportuna sobre la atención a esta población, y que pueda ser utilizada para la toma de decisiones, planeación, operación, solicitud de insumos y recursos e implementación de procesos de mejora.
- Hay atenciones a población migrante que se brindan en los albergues pero que no se pueden registrar en el SIS porque los albergues no tienen una clave única para los establecimientos de salud (CLUES).

Actualmente, la manera en la que la CAMDN-DSVII puede documentar las **atenciones y acciones diarias en salud** por parte de instituciones gubernamentales (ej. Grupos Beta, albergues, protección civil) a la población migrante, es por medio del Sistema de Información para Emergencias en Salud, (**SIESA**)²⁶.

El SIESA es alimentado por 12 formatos en los que se registran actividades realizadas en los diferentes programas (ej. consultas, vacunación, promoción de la salud, odontología, enfermería, censos de embarazadas). En las acciones de atención médica, registra información sobre 17 motivos de consulta (incluidos embarazo e ITS)²⁷, y enfermedades infecciosas que por Norma Oficial (NOM-017-SSA2-2012) son de notificación inmediata en el país. Este subsistema de información está pensado para informar la toma de decisiones en la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles en contextos muy dinámicos de emergencia. Este sistema permite que la información sobre las atenciones a población migrante no se pierda y se utilice -aunque no necesariamente se visibilice en el SIS-. El Distrito Sanitario también cuenta con información sobre los “métodos anticonceptivos entregados a personas migrantes (dentro y fuera de unidad) 2019” y “métodos entregados a personas migrantes (dentro y fuera de unidad) 2020”, porque a nivel del Distrito de Salud se registran estas entregas en el formato de Informe de movimientos y solicitud de insumos de planificación familiar (IMI) -rubro de ajustes negativos como donaciones-.

²⁶ En 2014, la Dirección de Urgencias Epidemiológicas y Desastres creó este sistema de vigilancia epidemiológica.

²⁷ Ejemplos: infecciones respiratorias agudas (IRAS), enfermedades diarreicas agudas (EDAS), conjuntivitis, dermatosis, micosis, parasitosis, infecciones de las vías urinarias (IVUS), infecciones de transmisión sexual (ITS), enfermedad prevenible por vacunación (EPV), síndrome febril, síndrome icterico, traumatismos, hipertensión arterial sistémica (HTA), diabetes mellitus (DM), embarazo, consulta a sanos.

Es notable que la **información** sobre atenciones brindadas a la población migrante es **fragmentada**, lo que limita tener un panorama integrado de las principales causas de consulta de esta población, así como de los servicios otorgados. Por otra parte, también llama la atención que se utilice un sistema de información diseñado para emergencias (SIESA), aún cuando por la duración y dimensiones del

fenómeno migratorio en el país, tener integrada la información en el SIS, facilitaría la estimación de recursos y toma de decisiones para programas y políticas de salud. La CAMDN-DSVII reporta estar trabajando con la Coordinación de Planeación del mismo distrito sanitario, buscando alternativas para recopilar, utilizar y compartir esta información de manera más integrada a los sistemas de información.

5.5.2.2. Liderazgo

En no pocas ocasiones se percibe una **relación tensa** entre las organizaciones y las instituciones de gobierno (aunque con la información obtenida no se especifican ejemplos concretos). Esta tensión limita la colaboración en la prestación de servicios integrales para las mujeres. Las organizaciones, e incluso algunos prestadores de servicio, perciben que las autoridades de alto nivel (ej. directivos), no siempre cuentan con la voluntad política para trabajar en conjunto y atender las necesidades de las unidades de salud, lo que se convierte en una barrera para mejorar los servicios dentro del sistema de salud o incluso para realizar acciones eficientes. Las organizaciones mencionan que los **casos** más **exitosos** de colaboración en la incidencia para realizar acciones concretas que amplíen el acceso a los servicios (varios) para personas migrantes, han sido cuando

trabajan con niveles operativos, por ejemplo, en mesas de trabajo, vinculación con servicios de atención directa, promoción de campañas informativas y diagnósticos situacionales sobre necesidades específicas de la población.

La CAMDN-DSVII identifica también estas tensiones, aunque las ubica en el inicio de su relación con las OSC. Reconoce dos fuentes de tensión, una, el desconocimiento que en su surgimiento tenía la Coordinación sobre el tema migratorio, y otra, que algunas organizaciones mostraban resistencia a la **rendición de cuentas** que el Distrito Sanitario -antes Jurisdicción Sanitaria- comenzaba a solicitar también: “no querían informar” sobre sus actividades, y veían con sospecha que el Estado interviniera en su forma de llevar a cabo la prestación de servicios de salud. Inicialmente

hubo algunas resistencias que se han desvanecido con el tiempo. Por ejemplo, al implementar un protocolo integral y establecido para hacer pruebas rápidas de VIH, o para dar de alta una unidad móvil ante la COFEPRIS.

Más allá de las necesidades en la mejora del registro de la información y de la falta de coordinación/comunicación entre los diferentes actores (OSC-OI, autoridades sanitarias) es claro que se requiere

fortalecer las redes de prevención y respuesta a la salud integral de la población migrante. Para la CAMDN-DSVII, la información que las OSC-OI brindan al Distrito sirve para coordinar mejor la respuesta a la población migrante, pues es claro que ningún actor tiene los recursos necesarios y suficientes para una atención integral. En voz de la persona entrevistada de la CAMDN-DSVII:

“La rendición de cuentas es lo que siempre nos cuesta [como organizaciones], pero que afortunadamente se ha ido mejorando esa parte. [Las organizaciones] lo han ido entendiendo, que no es para perjudicarte, sino al contrario, míralo desde el punto de vista que, si tú me estás informando, [se puede dar una mejor atención]; ejemplo, tú no le vas a pagar un tratamiento de tuberculosis a un paciente, no lo tienes, no te va a alcanzar tu capital, ¿sí? O en el caso de un caso de VIH (...) Las organizaciones lo han ido entendiendo, de que no es para una parte fiscalizante, sino más que nada la rendición de cuentas es para saber ‘¿en qué te puedo apoyar?’”.

ID-44-DSVII

De igual forma, los **organismos internacionales** son clave para donar equipo médico o financiar la prestación de servicios a través de la contratación de personal médico que proporcione servicios en albergues, por ejemplo. Para la CAMDN-DSVII, la comunicación sobre las **necesidades reales** de cada uno de los actores es clave para la coherencia de los esfuerzos, pues si bien es cierto que, por ejemplo, a veces se requiere personal psicológico hay otras veces en que la necesidad es de contar con una unidad móvil. **La dinámica tan cambiante del contexto migratorio requiere comunicación continua.** En el periodo de pandemia y fuera de ella, la coordinación con albergues, OSC, y organismos internacionales es diaria y fluida, según reporta la CAMDN-DSVII.

5.5.2.3. Financiamiento

Si bien la recolección de información sobre el financiamiento de los servicios de salud en Tapachula no formaba parte de los objetivos del estudio, este tema fue identificado por las y los entrevistados como una barrera para la atención. **El personal del sistema de salud** señala que el **presupuesto** que se recibe a nivel federal, estatal y municipal juega un papel muy importante para contar con insumos, recursos humanos e infraestructura hospitalaria adecuada a las necesidades de la población. Las OSC-OI confirman esta información y explican que el cálculo para asignar presupuesto a los servicios de salud del municipio de Tapachula debe tomar en cuenta su geografía (fronteriza) y el número de población migrante que transita o reside temporalmente en él, y no sólo basarse en el censo de personas residentes.

En este sentido, y relacionado con el punto anterior sobre liderazgo y sistemas de información, tanto para el personal médico como para las organizaciones es muy importante contar con autoridades que estén sensibilizadas y conozcan las necesidades específicas de la población que se atiende para realizar una adecuada asignación de los recursos disponibles. El personal de salud afirmó que no hay una partida específica para la atención de personas en situación de movilidad, y que la falta de

recursos es una problemática generalizada que ha afectado a toda la población de la ciudad y municipio. Además, la mayoría del personal desconoce de qué manera se lleva a cabo el proceso de asignación de recursos. Cabe señalar que ante la emergencia sanitaria por COVID-19 muchos de los recursos fueron destinados a la atención de la contingencia, dificultad que también observaron las organizaciones.

La falta de presupuesto representa un reto también para la CAMDN-DSVII, ya que al ser una coordinación transversal y no tener programas propios que coordinar, no tiene un presupuesto asignado. Para su operación, la CAMDN-DSVII trabaja con recursos de otras coordinaciones o dependencias gubernamentales, y -como ya se ha mencionado- recibe donaciones en especie de OSC-OI. Sin embargo, pareciera haber una discordancia entre el diseño inicial con el cual se creó la **CAMDNDVII** (como una Coordinación transversal) y cómo opera de facto; pues actualmente, menciona tener a su cargo componentes de supervisión y coordinación, así como la implementación de actividades de atención directa y promoción de la salud con la población migrante, es decir, en la práctica opera como si fuera un programa de salud.

Esto explicaría por qué, por un lado, la CAMDN-DSVII tiene que utilizar los vehículos disponibles del Distrito Sanitario para hacer actividades de campo y aprovechar visitas programadas de otras dependencias a establecimientos o zonas en donde se

concentra la población migrante (ej. las visitas de la COFEPRIS a los “botaneros” antes mencionadas). Por otro lado, refiere la necesidad persistente de un vehículo destinado únicamente para sus actividades.

5.5.2.4. Infraestructura esencial

Una barrera para ofrecer atención de calidad mencionada por las y los prestadores de servicio, es la **saturación hospitalaria**, resultado de insuficiente infraestructura para la atención (ej. disponibilidad de quirófanos). Si bien esta barrera no es específica para la atención a la población migrante, porque afecta a toda la población atendida, sí indica la presión que tienen los servicios de salud, que puede impactar la atención que reciben las mujeres migrantes. De acuerdo con la narrativa de las y los prestadores de servicio, es por esto también que se prioriza la atención de casos de mayor urgencia (ej. preeclampsia-eclampsia, la hemorragia obstétrica, óbito o los embarazos anembrionicos).

De acuerdo con la información brindada por el Hospital General de Tapachula, este cuenta con 120 camas de hospitalización, de las cuales 37 se encuentran en el área de Ginecoobstetricia y 15 en el área de Tococirugía. También cuenta con 2 salas de expulsión y 6 quirófanos, uno de ellos para el área de Ginecoobstetricia. El Hospital de Alta Especialidad Ciudad Salud, cuenta con un total de 90 camas de hospitalización y 5 quirófanos, sin embargo, no cuenta con camas de hospitalización destinadas

específicamente para el área de Ginecoobstetricia.

Tomando en cuenta que la población no asegurada de acuerdo con el Censo 2020, es de 199,892 personas y que en el municipio de Tapachula se cuenta con un total de 210 camas de hospitalización en hospitales de la Secretaría de Salud, el promedio de camas de hospitalización es de 1 cama de hospitalización por cada 1,000 habitantes que las necesitan (sin contabilizar a mujeres migrantes). En el caso del área de Ginecoobstetricia, se tiene un promedio de 6.8 camas de hospitalización por cada 10,000 mujeres en edad reproductiva que no están aseguradas (n=53,813 mujeres en el municipio de Tapachula) (INEGI, 2020). Si se toma en cuenta que en 2012 el promedio de camas para países miembros de la OCDE fue de 4.8 por cada 1,000 habitantes, y que en México fue de 1.6, puede considerarse la insuficiencia de camas para una atención de calidad (OECD/The World Bank, 2020).

La disponibilidad de consultorios para brindar atención en SSR puede considerarse también una barrera para la atención (a pesar de que esto no fue mencionado por las personas entrevistadas). En el análisis de la capacidad instalada en las unidades de salud,

el Hospital General de Tapachula es la única unidad de salud que refiere contar con consultorio de Ginecoobstetricia (n=2). Ninguna unidad de salud, ni en el primer, segundo o tercer nivel de atención, cuenta con un consultorio exclusivo para planificación familiar.

5.5.2.5. Insumos médicos para diagnóstico y tratamiento

Tanto prestadores de servicio como OSC-OI mencionan la falta de **insumos médicos** para el diagnóstico y tratamiento en las unidades de salud como una barrera importante en la atención de servicios de SSR. Esta barrera es particularmente difícil de sobrepasar por las mujeres migrantes, pues no cuentan con recursos para hacer **gastos de bolsillo** durante su atención (ej. para realizar estudios de laboratorio o compra de medicamentos). Uno de los problemas que se identifican es que la **capacidad instalada para realizar estudios** para el cuidado de la SSR como ultrasonidos, análisis y rayos X difiere de una unidad médica a otra, y la mayor parte de esta capacidad se encuentra en el segundo y tercer nivel de atención. Por ejemplo, en el sistema de información sobre recursos en salud, se encuentran registrados 5 equipos de ultrasonido en Tapachula, todos en las instalaciones del HRAE-Ciudad Salud. La información obtenida durante la recolección de datos también reveló que únicamente

un Centro de Salud cuenta con equipo de ultrasonido, pero este se encontraba descompuesto desde hace dos años. De acuerdo con datos recabados del Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención en Salud (SINERHIAS), en 2019 en el municipio de Tapachula hay 3 laboratorios de análisis clínicos: 2 ubicados en unidades de primer nivel de atención y 1 en el HRAE-Ciudad Salud. También se cuenta con 1 unidad de radioterapia en este mismo hospital de tercer nivel, y 7 equipos de mamografía, 6 en el HGT y 1 en el HRAE-Ciudad Salud. El relato de Carmen, una de las mujeres migrantes entrevistadas en este estudio, es muy claro al respecto: hacer un gasto para comprar medicamentos o realizar estudios fuera del sistema de salud, como ultrasonidos, realmente representa una barrera para proseguir con la atención debida, pues las mujeres priorizan otros gastos que identifican como más urgentes, relacionados con alimentación y vivienda.

Un ejemplo adicional es que el HGT reporta no contar con un número adecuado de equipos de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) disponibles en la sala de procedimiento y en la bodega para satisfacer la demanda del lugar. De acuerdo con la productividad reportada por el hospital, se requeriría tener un equipo de AMEU en la sala de procedimientos. Durante la recolección de datos, personal del HGT mencionó no contar con estos insumos, aunque en otro momento señaló sí tenerlos. Esto indica una probable deficiencia en la **cadena de suministro**, un posible déficit en la gestión en el componente de aborto seguro a nivel estatal y distrital, y/o escasa comunicación entre las personas responsables de unidades de salud y la persona coordinadora del componente en el distrito y nivel estatal.²⁸

En algunos casos, la participación de las OSC-OI es fundamental al absorber estos gastos (estudios, medicamentos) en apoyo a la población en situación de movilidad; e incluso con la donación de equipos (como el AMEU, ultrasonido). En este sentido, estas acciones son también un facilitador para la continuidad en la atención. Sin embargo, este apoyo no siempre es posible dado que los recursos de las organizaciones también pueden ser muy limitados, y por tanto, la **sustentabilidad** de este elemento facilitador es débil.

²⁸ Se hace referencia a esta posibilidad con base en datos y registros de la Dirección de Violencia Intrafamiliar/CNEGSR. Esta Dirección reporta que realizaron una compra consolidada de insumos para los servicios de aborto seguro en 2020, distribuyendo a Chiapas insumos que fueron recibidos entre noviembre y diciembre de 2020. Se enviaron 127 jeringas para aspiración manual endouterina reesterilizable, 226 cánulas para aspiración manual endouterina desechables de 5, 6, 7 y 8 mm. 7 cajas de una tableta de mifepristona de 200 mg cada una; y 3,974 cajas de misoprostol (cada una con cuatro tabletas de 200 mcg). De acuerdo con información de la misma fuente, a fecha del 12 de julio de 2021, el Estado no había distribuido los insumos. Cabe mencionar que, a pesar de que el CNEGSR hizo las estimaciones para la compra de mifepristona a partir del número de atenciones de aborto con base en el histórico de 4 años, no se logró adquirir el número estimado debido a la escasez de mifepristona al momento de la licitación, por lo que las pocas cajas adquiridas se distribuyeron a todas las entidades.



Muchas veces no se les da [el medicamento] porque no lo hay. Entonces a veces se quejan de que no se los quisimos dar y no es que no se les quiera dar, más bien es el hecho de que no lo hay y entonces se van inconformes, ¿no? porque dicen ‘pues es que yo ya sé qué tenía, nada más lo que quería era el medicamento’ ¿no? O sea, en esa actitud muchas veces, aunque no sea cierto porque pues para eso es la revisión médica.”

ID-13-Psicología

“Yo creo que salvo la cuestión de los insumos, porque bueno, esas gentes que están en situación de migración, de movilidad, pues es gente que no tiene recursos económicos y si a eso agregamos que la gente no tiene recursos económicos para solventar la necesidad de insumos y si aparte de todo el hospital no tiene insumos pues se convierte en un doble problema, es un doble problema porque a veces por más voluntad que tengamos nosotros de ayudar a esta gente pues si no hay insumos en el hospital, y la gente no tienen la capacidad económica de poderlos solventar pues se convierte en un doble problema.”

ID-02-Personal médico

La falta de insumos y capacidad de realizar estudios (sobre todo en primer nivel de atención) es una barrera importante en la atención de servicios de SSR, que es particularmente difícil de sobrepasar por las mujeres migrantes, quienes no cuentan con recursos económicos para cubrir estos gastos.

Nota de campo:

El factor económico es una gran barrera, pues para todo hacen falta estudios y en los centros de salud no siempre cuentan con los mecanismos o aparatos para hacerlos, y los tienen que hacer particulares.

ID-24-Organización-nota de campo

Nota de campo:

Los estudios más comunes son de USG [ultrasonido], en la organización les dan un apoyo económico para que puedan hacérselos porque el sector salud no los puede brindar públicos (no especifica motivos). USG los hacen en privado por eso; además de pruebas de grupo sanguíneo, química sanguínea, orina, cultivo de exudado vaginal, y apoyo para vitaminas.

ID-27-Organización-nota de campo

5.5.2.6. Recursos humanos disponibles

La **Tabla 8** muestra los recursos humanos disponibles en las unidades de salud de Tapachula que son parte del Instituto de Salud del Estado de Chiapas y del HRAE-Ciudad Salud que brindan atención a población sin derechohabiencia para el año 2019²⁹; esta tabla compara el promedio de los países que forman parte de la OCDE y el promedio nacional en México para el mismo año, cuando la información estaba

disponible. Los hallazgos muestran tasas inferiores a las observadas en los países de la OCDE en cuanto a médicas/os por 1,000 habitantes, y personal de enfermería por cada 1,000 habitantes. Estas cifras concuerdan con otros reportes internacionales que muestran **bajos números de recursos básicos hospitalarios en Chiapas respecto a los recomendados por la OMS (MIRPS, 2020).**

Tabla 8. Recursos humanos disponibles en las unidades de salud de Tapachula que son parte del Instituto de Salud del Estado de Chiapas y comparación con el promedio de los países que forman parte de la OCDE y el promedio nacional en México. 2019.

	Tapachula	Promedio OCDE	Promedio México	Diferencia con la meta de la OCDE
Médicos/as x 1,000 habitantes	1.9	3.5	2.4	1.6
Médicos/as especialistas en Ginecoobstetricia x 100,000 habitantes	9.5	.*	-	-
Médicos/as especialistas en Ginecoobstetricia x 10,000 mujeres en edad reproductiva	3.5	-	-	-
Personal de enfermería x 1,000 habitantes	5.0	8.8	2.9	3.8
Personal de psicología x 100,000 habitantes ⁴	12.5	-	-	-

Notas: *Aún cuando no se cuentan con datos sobre el promedio para los países que forman parte de la OCDE para este indicador, los países que forman parte de la Unión Europea tienen en promedio 15.6 médicos/as especialistas en Ginecoobstetricia por 100,000 habitantes.

+No se tiene información sobre la cantidad de personal de psicología laborando en el Hospital General de Tapachula, por lo que el cálculo se realizó sin tomar en cuenta esta unidad de salud.

Fuentes de información: Elaborada por las autoras con información de: Dirección General de Información en Salud, 2021; INEGI, 2020; OECD/The World Bank, 2020.

²⁹ Puesto que no se cuenta con la información completa de 2020, no se hizo el análisis descriptivo de ese año.

El exceso de demanda de atención frente al número de personal con el que cuentan las unidades médicas tiene un efecto también en el proceso de atención, que se espacia y alarga. Tanto las organizaciones como las mujeres entrevistadas aluden a largas filas y tiempos de espera en los centros de salud. Valentina, por ejemplo,

no obtuvo citas en dos meses, y por ello recurrió al acompañamiento de una organización de derechos humanos. Notablemente, una vez acompañada, la atención se brindó sin mayores demoras. El rol de las OSC como facilitadoras para el acceso a la salud se describe con mayor detalle en la sección correspondiente.

5.5.2.7. Procesos de atención

5.5.2.7.1. Personas traductoras e intérpretes

Otra barrera que define el proceso de atención a la salud de las mujeres en movilidad es el idioma -sobre todo con la población haitiana y provenientes de países de África-. El Artículo 14 de la Ley de Migración señala que cuando la persona migrante, independientemente de su situación migratoria, no hable o no entienda el idioma español, se le deberá nombrar de oficio una persona traductora o intérprete. Las diferencias entre el idioma materno de las y los prestadores de servicios y el de las mujeres migrantes representa un obstáculo operativo, ya que dificulta el intercambio de información que le permite a las usuarias expresar sus necesidades de salud puntuales y al personal de los servicios definir el estado de salud, explicar el tratamiento, y seguimiento a la atención.

Frente a este escenario, el personal de salud echa mano de recursos tecnológicos (ej. traductores en línea a través de sus teléfonos celulares), piden apoyo a familiares de las usuarias que hablan ambos idiomas o piden a compañeras o compañeros de trabajo que ayuden a traducir entre personas. En contraste, para la CAMDN-DSVII, esta barrera se ha podido solventar, pues las y los profesionales de las unidades de salud han aprendido lo básico de creole (criollo haitiano), dada la continua exposición que tienen al idioma. Si bien, no se mencionó en la entrevista cómo han determinado estas competencias en criollo haitiano ni cuántos o qué tipo de profesionales cuentan con ellas. Por otro lado, el programa de Emergencia Social permite que algunas personas migrantes puedan colaborar como traductoras, aunque no se mencionó en la entrevista cómo se valora el nivel de español de estas

personas, o su capacidad para interpretar durante una consulta médica, tampoco si recibieron alguna capacitación para ello. Pese a estas acciones que posibilitan la atención, los **servicios de traducción e interpretación no**

son suficientes, ya que el idioma es señalado por las organizaciones de la sociedad civil, el equipo de salud, y por las propias mujeres entrevistadas provenientes de Haití, como obstáculo para la atención.

“Bueno, una de las barreras más importantes que hemos tenido es el idioma tenemos, vuelvo a repetir, tenemos mucha extranjera sobre todo haitianas, sobre todo africanas y bueno de algunos otros países que no hablan el español y no entienden el español, y eso nos cuesta mucho trabajo... poder ayudarlas en sus necesidades, o poder entenderlas en sus necesidades, yo creo que esa ha sido una de las barreras más importantes que tenemos. Tratamos de solventarlas a través de señas, a través de gente que nos... que de pronto nos hace traducciones pero... o los propios acompañantes o los familiares que conocen el idioma español pues nos ayudan poquitito a solventar esta barrera y digamos que esa ha sido la principal barrera”.

ID-02-Personal médico

5.5.2.7.2. Relaciones interpersonales y discriminación

Además de la presencia de personal suficiente y técnicamente capacitado para la atención, es necesario que el personal esté también sensibilizado para atender a la población migrante, y evitar actitudes o actos discriminatorios hacia esta. **La capacidad de generar relaciones interpersonales no discriminatorias y empáticas entre personal y mujeres migrantes funciona como un facilitador para la atención de calidad** -y como barrera si esta capacidad no está presente-.

De acuerdo con testimonios de las personas entrevistadas (personal de salud, CAMDN-DSVII), dentro de las unidades en las que trabajan, hay personal que trata a las mujeres migrantes de forma discriminatoria o estigmatizante (es decir, con un **trato desfavorable o de desprecio innecesario**). Por ejemplo, se muestran con actitud defensiva y resistentes a dar la atención específicamente a la población migrante. Las mujeres migrantes entrevistadas también perciben un trato discriminatorio por su condición de migrantes

extranjeras, al ser, por ejemplo, las últimas en recibir atención, o no recibir medicamentos o anticonceptivos cuando sí se le provee a otras mujeres no migrantes. Incluso cuando sí se presta la atención, la **relación interpersonal es deficiente**, y no permite dar una orientación y acompañamiento adecuado a la población para indicarles instancias u organizaciones donde puedan conseguir apoyo para su tratamiento (y solventar la falta de insumos de la institución pública).

Con base en la información compartida por OSC-OI, el trato discriminatorio y la desatención se acentúan si las mujeres migrantes pertenecen a un **grupo socialmente estigmatizado**, como puede ser la comunidad LGBTTTI+ (particularmente las mujeres trans), o las trabajadoras sexuales -a pesar de ser población en riesgo alto de violencia-. Las mujeres trans, por ejemplo, encuentran barreras para acceder a servicios de SSR, pues frecuentemente no cuentan con documentación de identidad requerida por las autoridades.

Nota de campo

Xenofobia en el contexto de Tapachula y discursos de odio a mujeres trans les impide el acceso a la salud.

Si ellas no van acompañadas por alguien de la organización la instancia de salud no las atiende y si lo hace les agendan fechas alargadas en tiempo y se las van posponiendo con excusas (ej. no está el médico o no hay sistema). Si ellas van acompañadas por ellas hay mayor acceso al servicio. Discursos: Si son mujeres trans porque son hombres no les atienden. Si son migrantes “que no deberían estar acá, que les atiendan en sus países y que no hay para mexicanos menos para ellas.” Otra limitante en la atención al VIH es el desabasto en retrovirales y de insumos de prevención. Otra, no existen estrategias de atención oportuna y prevención por parte de las secretarías de salud pública

ID-18-Organización-nota de campo

Otro punto de vista complementario describe las relaciones interpersonales entre personal de salud y mujeres migrantes como tensas, caracterizadas por diferencias culturales que, aunadas a la falta de **comunicación y empatía por ambas partes** involucradas, afectan de manera negativa la calidad de atención. Por ejemplo, en el tema de medicamentos, personal médico expresa que las mujeres migrantes solicitan el mismo medicamento que era provisto en su país de origen, pero las unidades médicas cuentan con otro esquema básico. Desde este punto de vista, las mujeres migrantes pueden interpretar el hecho de no recibir medicamentos como una negligencia o acto de discriminación por parte del personal de salud, cuando no lo es. Otro ejemplo es que las parejas de las mujeres haitianas que dan a luz tienen la intención de entrar al área de tococirugía (en donde se vigila la evolución de personas en trabajo de parto) y estar presentes durante el parto. En México, las condiciones de infraestructura y atención no permiten que esto sea así en los servicios públicos de salud para la población en general, por lo que se

les niega esta posibilidad. A pesar de que se brindan alternativas para la atención con parteras certificadas, la comunicación con esta población es compleja -según reporta la CAMDN-DSVII-.

La CAMDN-DSVII, señala en entrevista que ha observado actitudes machistas de los hombres haitianos, lo que actúa como un factor que limita la atención adecuada y oportuna de las mujeres migrantes de Haití. Desde su punto de vista, para la población haitiana, sobre todo en el segundo nivel de atención, se requiere que todo el personal que brinda atención (desde traductoras hasta enfermeras y médicas) sean mujeres, pues hay resistencias por parte de los hombres haitianos a que otros hombres brinden atención en salud a sus parejas.

La inefectiva comunicación interpersonal se presenta como una barrera que da lugar a asimetrías en la información, malentendidos y como un aspecto para mejorar la calidad de atención.

“La primera es darle a entender a los migrantes que no son gente diferente a nosotros, segunda darle a entender que el personal médico está para apoyarlo; pero nosotros hemos detectado que muchos migrantes se empoderan, inútilmente, creyendo que tienen más derechos que los propios, nuestros propios pacientes, respetar las culturas, la barrera de culturalidad y la más importante, nosotros hemos pedido traductores para que nos ayuden a entender el francés o se llama criol creo que se llama su idioma de los haitianos y con eso, porque de verdad es una gran barrera.”

ID-01-Personal médico

“Lo único, he ido al médico, que sí me ha molestado mucho cuando le digo que he tenido que pagar estas cosas así porque sinceramente en mi país no se pagaba nada. Gratuito todo y al llegar aquí y tropezarme con esta realidad. Está muy bueno el país, hay de todo, comida, todo, lo único que sí el problema de la salud, ahí sí le digo que... no le voy a mentir.”

ID-35-Cuba

El trato diferencial y la discriminación impactan directamente en la salud de las mujeres, ya que muchas de ellas dejan de asistir a las unidades médicas, como lo muestran los casos de Carmen y Valentina. Las organizaciones, han observado que

las mujeres migrantes abandonan su proceso de atención por el trato que reciben dentro del sistema de salud o en caso de continuar, se muestran defensivas o inseguras, expresando continuamente que ya no quieren buscar atención ahí.

TS: *“Es que a veces, le soy sincera, a veces hay compañeras que solamente con el simple hecho de saber de que son, son migrantes o extranjeros de otro país a veces le hacen como de ay el fuchi o ay es extranjera y pues no le entiendo y le hago caras, ¿no? entonces, al menos de mi caso me he molestado con alguna que otra compañera y le digo somos humanos y somos, pues, vivimos en el mismo planeta.”*

E: *“Claro”*

TS: *“Entonces debemos de atenderlos de la misma forma porque imagínate yo llego a otro país y me hacen lo mismo, cómo me sentiría yo, ¿no?”*

ID-15-Trabajo social

“Mmm, pues que muchos pacientes llegan con, no tienen para comprar medicamento y pues muchas veces nuestro personal, les comenta y les dice ‘ah si aquí no hay vaya vaya con los de su, con los de su organización’, pero pues llega hasta ahí se quedan, pero no le dan otras opciones como, por ejemplo, no sé, decirle que que hay organizaciones que les dan las facilidades o no sé, al menos decir o tratarlos con el respeto, decirles no por ahora no hay, nada más les dicen ‘no, no hay, váyanse.’”

ID-08-Personal médico

Nota de campo

También está el miedo porque ya alguien les había tratado mal o les habían discriminado por su nacionalidad o su color de piel y ellas ya están a la defensiva o sin querer ir.

ID-23-Organización-nota de campo

Las personas prestadoras de servicio entrevistadas mencionan la oferta y participación en capacitaciones para mejorar la atención a estas poblaciones³⁰; sin embargo, en los registros enviados por las unidades de salud, se señala que el personal de salud no ha recibido capacitación sobre protocolos de atención en salud a personas migrantes indocumentadas. Una razón de que parezca que el personal de salud no ha recibido estas capacitaciones, es que no se registran en un formato oficial.

El personal entrevistado señala que las capacitaciones recibidas podrían mejorar si abordan temas como: 1) atención a migrantes como grupo vulnerable, sensibilización en temas culturales, construcción de empatía con la población en tránsito; y 2) protocolos de atención existentes (actualizar conocimiento sobre atención a mujeres que viven violencia sexual, la NOM 046 y protocolo de atención de aborto seguro). **Se menciona la necesidad de capacitar a todo el personal que tiene contacto directo con las usuarias, y que las capacitaciones se adapten a la realidad operativa de los servicios de salud, considerando los tiempos de trabajo y las responsabilidades de atención.**

TS: "...de alguna forma no han obligado a los compañeros a que lleguen y hagan pues hasta a ir, porque a veces nada más piensan que ah es un curso, es para aburrirse o es para perder el tiempo, no. A veces los compañeros no toman en serio los cursos de actualización."

E: "Ok, entiendo y desde su punto de vista. ¿Qué sería importante hacer para que se diera esta difusión en el interior de la unidad de salud de manera exitosa?"

TS: "Pienso yo que por turno sería esta difusión o sería esta enseñanza sería mucho mejor. O sea por turno, pongámosle [segmento inaudible] que sábados, domingos y días festivos dividirlos. O sea, unos en la mañana y otros en la tarde porque pues de alguna forma se puede atender los otros servicios. En nuestro caso de trabajo social, nosotros atendemos hasta dos servicios."

ID-15-Trabajo Social

³⁰ El CNEGSR brindó una relación de las capacitaciones realizadas durante 2020 a unidades de salud. Estas incluyen "Interculturalidad y género en salud" (25 asistentes) y "Nuevos Modelos de Masculinidades" (98 asistentes) en el HGT y "Prevención del hostigamiento y acoso sexual en atención al protocolo de actuación" en el HGT y otras unidades de salud de primer nivel (19 asistentes).

En este contexto, hay una **concordancia entre las partes entrevistadas en la necesidad de contrarrestar las visiones negativas sobre la población migrante para mejorar las relaciones** interpersonales durante la atención -y mejorar el acceso y la calidad de esta-. La CAMDN-DSVII resalta que la **estrategia** conjunta para disminuir el miedo y el rechazo a esta población, presentes tanto en la sociedad como en los servicios de salud, es visibilizar la contribución que las y los migrantes pueden hacer a la sociedad a la que llegan, en este caso Tapachula. Por ello, se pide al personal migrante que

forma parte del Programa para Personas en Emergencia Social o Natural, coordinen con jefas/es de las colonias en las cuales se ubican los albergues, acciones de mejora en los espacios públicos (ej. pintar las bardas de un parque, podar, barrer). En los servicios de salud, se hace un esfuerzo para visibilizar que los recursos que se obtienen en forma de donación para la atención a la población migrante, refugiada, y/o solicitante de asilo, se utiliza para atender a toda la población de Tapachula y mejorar el sistema de salud en general. Este discurso intenta reducir fricciones y promover la inclusión.

5.5.2.7.3 Seguimiento y continuidad en la atención: referencia y contrarreferencia

Las narrativas de las organizaciones entrevistadas y las mujeres migrantes muestran **dificultades en el funcionamiento y eficiencia del sistema de referencias y contrarreferencias**. Por ejemplo, las mujeres con embarazos de alto riesgo son atendidas en primer y segundo nivel, llevando dos procesos de atención en paralelo que genera gasto en desplazamientos y medicamentos. Las OSC enfatizan que dentro del sistema de salud no hay un sistema de referencia y contrarreferencia eficiente, y este se dificulta si la búsqueda de atención prenatal no se inicia durante los primeros meses de embarazo por el tiempo que toma realizar el trámite. El sistema de referencia y contrarreferencia se requiere tanto para la atención como para el seguimiento de esta.

Además de su complejidad, la falta de acceso a información sobre cómo funciona la referencia y contrarreferencia, ha sido identificada tanto por las organizaciones como por las mujeres entrevistadas como una dificultad. En el caso de Valentina, regresa a su centro de salud, no para continuar con su proceso de atención post parto, sino para la atención de su hija y obtener la cartilla de vacunación. Esto indica que cuando se realiza la contrarreferencia al primer nivel de atención, la orientación y explicación detallada de cómo hacerlo o qué servicios buscar no es clara para las mujeres, o se ha generado desconfianza por rechazos previos en ese nivel de atención.

Nota de campo

En atención prenatal de alto riesgo son atendidos en el centro de salud y en el hospital, pero el medicamento lo tienen que llevar o pasear hasta conseguirlo.

Por ejemplo, si tienen preeclampsia, tiene que llevar en paralelo el tratamiento en su centro de salud, pero recoger el medicamento en el hospital, que está muy lejos. Esto implica gastos en medicamentos, desplazamientos, como migrantes menos entienden la complejidad y la burocracia, se pierden. Luego llegan y no hay medicamento.

ID-23-Organización-nota de campo

Nota de campo

En cuanto a la atención al parto se puede complejizar. Cuando no han tenido seguimiento a su embarazo, por desconocimiento, por temas culturales, porque no quieren, porque quieren hacerlo con parteras, etc. y ya es momento del parto y requieren acercarse al Hospital, si no tienen la canalización hecha por el centro de salud es más difícil acceder, no sólo para mujeres migrantes sino para todas.

ID-25-Organización-nota de campo

E: "¿Le han dado información de cómo cuidar él bebe recién nacido?"

R: "no"

E: "De las vacunas, de cómo tenía que ser."

R: "No"

E: "[...] ¿cómo supo?, cómo supo que había que checarle eso al bebé."

R: "No, después de mi salida del hospital me dijeron que yo tenía que ir al centro de salud más cercano, pero solamente eso."

E: "Ah, ok"

R: "Y yo fui allá o sea en el centro me dieron la información me dijeron que después que el niño tiene 2 meses tengo que venir a llevarlo a vacunar."

ID-39-Haití

5.5.2.8. Prestación de servicios de SSR

5.5.2.8.1. Planificación familiar

La insuficiencia de insumos referida anteriormente impacta la atención en planificación familiar y la provisión de métodos anticonceptivos acordes con las necesidades de las mujeres migrantes. También la CAMDN-DSVII ve la necesidad de ofertar una amplia gama de métodos de planificación familiar a las mujeres migrantes, aunque refiere que la ausencia de presupuesto limita su capacidad de ofertar métodos distintos al preservativo masculino. Se ha iniciado la articulación con la Coordinación de Salud de la Mujer para dar respuesta a esta necesidad.

Además, dentro de las unidades de salud, las personas prestadoras de servicios mencionan que la atención de métodos anticonceptivos es un proceso institucional que requiere el registro y el seguimiento por parte de la usuaria, pero debido a las características de movilidad de las mujeres migrantes, la atención se interrumpe. Desde su perspectiva, en algunos casos, las mujeres no están dispuestas al uso de métodos anticonceptivos, desconocen del servicio de planificación familiar o qué métodos existen, y al no conocer su gratuidad, piensan que

este tiene algún costo por lo que no aceptan el servicio. Por su parte, las organizaciones entrevistadas reconocen la carencia de métodos anticonceptivos en los centros de salud, pero también observan que en muchas ocasiones las mujeres tienen resistencias para asistir a las unidades médicas por ellos.

En contraste, algunas de las mujeres migrantes entrevistadas afirman haber solicitado métodos anticonceptivos en sus centros de salud los cuáles fueron negados, algunas veces debido a que no se contaba con constancia de identidad para concluir el proceso, como en el caso de Valentina, y en otras ocasiones no se llevó a cabo una orientación adecuada respecto a los mismos. Las mujeres que obtuvieron anticonceptivos, como se mencionó antes, fue después de un evento obstétrico en el HGT. De igual forma llama la atención que la distribución de métodos anticonceptivos sea en su mayoría preservativos masculinos y no anticonceptivos de larga duración como implante subdérmico, parche anticonceptivo, DIU, DIU Medicado, u OTB -incluso en 2019-.

En ese sentido, se observa que una de las barreras más importantes para el servicio de planificación familiar y acceso a métodos anticonceptivos es la ausencia de una **consejería efectiva**, que sea cálida, sensible, y que dialogue junto con las mujeres (antes,

durante, y después de la elección y colocación del método) sobre sus necesidades específicas, tomando en cuenta su contexto y planes de movilidad.

“Pues el hecho de la falta de recursos métodos anticonceptivos, ¿no? aquí nosotros tenemos el sistema que, si una persona quiere llevar un método de planificación familiar, tiene que ingresar a control dependiendo [segmento inaudible]. Todo lo que tiene que hacer, que no si tienen método de inyecciones por ejemplo, pues tienen que venir cada mes por su inyección y muchas veces no hay, pues como hay gente de movilidad, mucha gente vienen una, dos veces y ya no vuelven a regresar entonces es un trámite que se tiene que hacer que al final de cuentas, burocrático, [segmento inaudible] un montón de papeles para que pueda ingresar esa persona y a la mera hora ya no viene o simple y sencillamente lo quiere por única ocasión y no se le puede otorgar el método que quiere, a lo mejor si se le puede dar condones, ¿no? [segmento inaudible] pero no se le puede brindar otro método [segmento inaudible].”

ID-13-Psicología

“(suspiro) Pocas aceptan método de planificación, y sé que todos somos libres de elegir, y qué [segmento inaudible] pero el porcentaje de pacientes que aceptan algún método anticonceptivo es bajo (...). Que, muchas dicen que, que fue su idea [segmento inaudible] en mucho tiempo, otros dicen que por su religión y otras simplemente porque no quieren.”

ID-06-Personal médico

Nota de campo

Por lo regular estos medicamentos de anticoncepción de emergencia en los centros de salud no los dan, los venden en las farmacias.

ID-20-Organización-nota de campo

Nota de campo

Quedan embarazadas y la mayoría responde que no era planificado, que no tuvo acceso al método anticonceptivo. Hay un componente cultural, no es que el componente de que se le esté agrediendo necesariamente, pero hay un componente cultural del estoicismo de resignarse, de que no van al hospital, hay que insistir un poco en que sí vayan.

ID-23-Organización-nota de campo

5.5.2.8.2. Violencia sexual

Como se expresó anteriormente, algunas entrevistadas comentaron haber vivido violencia sexual y discriminación en sus países de origen o conocer víctimas de violencia sexual dentro de su comunidad o durante el trayecto de movilidad. Los estudios referidos evidencian que la violencia sexual es una constante en el proceso migratorio, lo cual confirman las mujeres migrantes entrevistadas y las organizaciones de la sociedad civil. Sin embargo, las y los proveedores de servicios de salud, señalan que son muy pocas

las mujeres migrantes que llegan a hospitales y centros de salud para atender necesidades relacionadas con violencia sexual. De manera paralela, la CAMDN-DSVII ha identificado una alta prevalencia de violencia intrafamiliar y de pareja entre grupos de población migrante no hispanohablante (ej. casos de personas haitianas en los que se identificó el idioma como una barrera, así como conductas de control y desconfianza por parte la pareja masculina que dificultaron la atención integral de las mujeres).

Nota de campo

En las caravanas es necesario el uso de anticonceptivos.

Hay muchos casos de violencia sexual y no siempre hay acceso a los métodos, o no hay insumos o no se reparten bien.

ID-25-Organización-nota de campo

ID-23-Organización-nota de campo

“Sí conozco, sí conozco una muchacha. Varias viven violencia, sí, sexual; la gente cuando viene de camino, muchas personas se aprovechan. Guatemaltecos, hondureños, mexicanos... con las muchachas es muy difícil pienso yo, más cuando la mujer está joven. (...) sí, fue aquí en Tapachula, ahí en la casa de migrantes, una muchacha que andaba con sus tres niñitos.”

ID-32-Honduras

De acuerdo con las OSC-OI entrevistadas, una de las barreras más importantes para que las mujeres que han vivido violencia sexual puedan acceder a servicios de SSR, incluida la anticoncepción de emergencia y la interrupción del embarazo, es la falta de **difusión de información en las rutas** de movilidad que guíe y oriente a las mujeres en caso de sufrir una agresión. Lo anterior produce el desconocimiento de las mujeres respecto a qué lugar pueden dirigirse para recibir atención (en Tapachula, el Servicio Especializado

de Atención a la Violencia en el HGT). En caso de que acudan a los servicios para solicitar un aborto, el personal llega a revictimizarlas o incluso debido a los trámites o procedimientos de referencia (si acceden al primer nivel) el tiempo para realizarlo puede exceder los 90 días estipulados. Así, las organizaciones expresan que las mujeres migrantes que son víctimas de violencia sexual no cuentan con la orientación y tratamiento adecuado por parte del sistema de salud.

Nota de campo

Respecto a la interrupción del embarazo, en general es un tema que no se habla. Hay muchos objetores en el sistema de salud.

Por un lado, han tenido casos de pacientes migrantes que están en los albergues, pero a veces son de órdenes religiosas que tienen percepciones en contra de las interrupciones del embarazo. Allí se hace un trabajo de que el aborto es malo. No se disemina la información sobre violencia sexual en las rutas. Llegan al lugar de atención y es revictimizante y en algunos casos incluso cuando se toma la decisión de ir a atenderse y detectan que hay un embarazo le alargan el ultrasonido hasta que llega a las 12 semanas, sobrepasa el límite legal en tiempo y ya no pueden hacer nada. No hay información realmente, de ningún tipo, hay las típicas barreras de siempre, el personal de salud tampoco está bien informado, ni siquiera cuando hay violencia sexual, no hay sensibilidad, dicen que es un tema legal y como mucho avisan al MP.

ID-23-Organización-nota de campo

En contraste, las personas prestadoras de servicios entrevistadas manifiestan brindar una atención integral. No obstante, se observa que las y los entrevistados no tienen un conocimiento homogéneo sobre el protocolo a seguir para la atención de víctimas de violencia sexual. En algunos casos, en su mayoría personal médico, hace referencia a la **NOM 046**, no obstante, personal de enfermería, psicología o trabajo social conoce de manera parcial esta normativa. Incluso el personal afirma no recordar el protocolo, por lo que las acciones para dar atención a las víctimas se pueden dar de manera fragmentada o aislada dependiendo del servicio,

y en particular si la atención se brinda en centros de salud.

Por su parte, las OSC-OL que brindan canalización y acompañamiento en el caso de violencia sexual, y/o atención psicológica o médica directa, también manifiestan como barreras para la prestación de sus servicios, la falta de recursos humanos y/o capacidad operativa; además de que no todos los albergues cuentan con un **protocolo de atención** a personas que han vivido violencia sexual – por lo que la atención puede no ser consistente y/o adecuada–.

E: “ok. ¿usted conoce el protocolo de atención a mujeres víctimas de violencia sexual?”

PM: “O sea sí lo he leído, pero pues no sé si...”

E: “¿No lo conoce exactamente?”

PM: “O sea sí lo he leído, pero no me acuerdo.”

ID-06-Personal médico

5.5.2.8.3. Atención a aborto inducido y atención postaborto

Un facilitador para la atención en aborto inducido y postaborto es que, de acuerdo con el reporte del HGT, la unidad cuenta con **normas** para la implementación de interrupción del embarazo que han sido diseminados al personal, así como con protocolos clínicos completos y disponibles para el personal de salud. Es relevante que esta unidad de salud promueve que el personal guarde el **secreto profesional** en casos de aborto. También, en caso de presentarse un evento adverso serio, como perforación uterina o hemorragia obstétrica, la unidad cuenta con un mecanismo para la búsqueda y elaboración de planes de mejora. De igual forma, el HGT reporta tener **personal capacitado** y no objetor para la atención a aborto (Ipas CAM, 2020).

Sin embargo, aunado a las limitantes derivadas de la falta de equipos e insumos (AMEU y

medicamentos) ya mencionadas, una barrera para la atención a la interrupción legal del embarazo es que hasta el momento no se cuenta con mecanismos definidos en el HGT para garantizar que la usuaria tenga acceso al servicio cuando hay objetores de conciencia laborando en dicha unidad. Es decir, a pesar de que se cuenta con un proveedor por día y turno para brindar atención postaborto (ej. aborto incompleto, huevo muerto retenido), si el personal médico se declara objetor para realizar una interrupción del embarazo por causal legal, no se tienen mecanismos definidos para atender a la mujer. La presencia de **personal objetor de conciencia** fue reconocida por las y los profesionales de la salud y las organizaciones entrevistadas como una barrera para la atención. En la experiencia de estas últimas, el **retraso** en la atención puede ser mayor a los 90 días de gestación en

que es legal realizar el procedimiento cuando el embarazo es resultado de una violación según el Código Penal del Estado de Chiapas; lo que obliga a las mujeres a continuar con un embarazo no deseado o buscar una alternativa menos segura para la interrupción.

La reciente resolución de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (julio de 2021) sobre la inconstitucionalidad de límites gestacionales para el acceso al aborto cuando el embarazo es producto de una violación, debe actuar como facilitador para la atención.

Nota de campo

En Chiapas la interrupción del embarazo es reciente la modificación del código civil donde se permite en ciertas causales. Sólo abuso sexual, cuando la vida de la madre del bebé está en riesgo o cuando hay una malformación grave. Tiene que haber una resolución de un juez. El tiempo entra en juego porque son sólo en las primeras 12 semanas. Gran dificultad de acceder a ello en hospitales, más considerando que son migrantes en situación irregular con experiencias terribles con autoridades mexicanas. Las organizaciones han aportado el recurso para poder moverlas, trasladarlas.

ID-22-Organización-nota de campo

5.5.2.8.4. Salud materna

Con base en información compartida por el Distrito Sanitario VII (**ver Tabla 5**), en 2019 se registró un total de 6 muertes maternas en el municipio de Tapachula, 1 de ellas fue una mujer migrante haitiana. En 2020, se registraron 8 muertes maternas, ninguna en mujeres migrantes.³² Las principales **complicaciones en migrantes embarazadas** son preeclampsia, infección de vías urinarias y óbito (muerte fetal intrauterina). Aun

cuando la información recabada en el estudio no permite explicar este fenómeno (sobre todo el óbito), una hipótesis es que la muerte fetal puede estar asociada a una falta de atención prenatal oportuna entre la población de mujeres migrantes y, posiblemente, a un desconocimiento por parte de las mujeres migrantes de las señales de alarma durante el embarazo.

³² Es importante recalcar que la información sobre muertes maternas, tanto de 2019 como de 2020, es información preliminar, ya que debe ser validada por los distintos niveles de la Secretaría de Salud (Distrito Sanitario, el nivel estatal y el federal).

En este sentido, la información sobre el acceso a los servicios de salud en México a lo largo de la ruta migratoria, así como la difusión de información sobre cuidados prenatales y maternos, puede ser un facilitador para la atención.

Sobre la atención a la salud materna, la CAMDN-DSVII aclara que el Distrito Sanitario apoya la inclusión de la partería en los servicios de salud. La coordinación de Planeación y de Salud de la Mujer del Distrito tienen un censo de parteras, y promueven su certificación y actualización a través de cursos. Aquellas parteras certificadas, pueden atender en las unidades de salud –incluso algunas están equipadas para ofrecer parto humanizado (ej. vertical)–.

5.5.2.9. Rol de las OSC-OI

A nivel meso, y representando una comunidad de apoyo a las mujeres migrantes, aparecen las OSC-OI como claras facilitadoras para la prestación de servicios de SSR, y para la atención en algunos casos (ver Tabla 3).

Su rol como facilitadoras incluye ser una fuente de **información y orientación** para que las mujeres migrantes puedan conocer y utilizar el sistema de salud (localización de los centros de salud, horarios, requisitos). Dentro de las diversas acciones de trabajo que realizan las OSC-OI, destaca la búsqueda intencionada de generación de espacios para la difusión de información para la salud en espacios extramuros (sobre todo antes de la pandemia). También, en su trabajo de acompañamiento y gestión para lograr una referencia (ya sea entre

El problema que reporta la población migrante que requiere este servicio, es que este personal de salud cobra la atención, mientras que la atención es gratuita en las unidades de salud.

De acuerdo con la CAMDN-DSVII, las **parteras certificadas** pueden expedir certificados de nacimiento también. Sin embargo, no todas las parteras que ofrecen servicios están certificadas, y, por tanto, no pueden brindar la atención en unidades de salud, ni expedir certificados de nacimiento.

ellas, o a servicios de salud públicos o a clínicas privadas), las organizaciones entrevistadas expresan como positiva la **coordinación** que se ha logrado entre ellas para la atención a mujeres migrantes en momentos coyunturales, como son las “caravanas migrantes”, y consideran necesario seguir trabajando juntas para un acompañamiento articulado de los casos atendidos.

Por otro lado, el **vínculo de colaboración que se establece entre organizaciones y el sistema de salud** es probablemente el principal facilitador de atención. Se refiere, sin embargo, que el vínculo es a nivel operativo y no necesariamente está formalizado. También, el personal de salud reconoce la labor que han tenido distintas organizaciones para facilitar el acceso a servicios de SSR,

en algunos casos con **acciones específicas** como contratar personas migrantes que fungen como traductoras entre las y los médicos y las mujeres no hablantes de español, capacitación en tecnologías adecuadas y sensibles a las mujeres para el aborto y la donación de equipos.

“Por ejemplo, para realización de los AMEU con las pacientes [...] pues no tendríamos cómo hacerlo, porque no hay quien nos proporcione equipos de AMEU, prácticamente los que usamos son los que [organización] nos proporcionan, misoprostol y mifepristona pues ni soñarlo, muy pocas veces se nos proporciona, casi muy frecuentemente tenemos que pedirles a los pacientes que los compren.”

ID-02-Personal médico

Las organizaciones se plantean cuál es el lugar que les corresponde en la atención de mujeres sobrevivientes de violencia sexual, si es posible realizar la interrupción del embarazo por parte de ellas, fortalecer los procedimientos de canalización y referencia, o trabajar en proyectos para mejorar la calidad dentro del sistema de salud.

Además, plantean necesidades propias para el desarrollo de su trabajo, que también se relacionan con la disponibilidad de recursos económicos y de personal, por ejemplo **(ver Cuadro 4)**.

Cuadro 4: Necesidades de las OSC-OI expresadas en entrevista (abril-julio, 2020).

Necesidades de las OSC-OI expresadas en entrevista (abril-julio, 2020)

ID-19-Organización-nota de campo

- Los **recursos económicos** son una necesidad manifiesta de las organizaciones de la sociedad civil, tanto para poder sostener los programas actuales enfocados en la prevención, diagnóstico y atención en la SSR como para poder ampliarlos. En muchos casos es la principal limitante a su trabajo. La disponibilidad de recursos económicos condiciona los programas en su conjunto, incluidos los insumos, la amplitud de su alcance, la infraestructura y los recursos humanos necesarios para llevarlos a cabo, incluidas las condiciones laborales de su personal.

- La **falta de personal médico** limita el abanico de servicios vinculados a la SSR que pueden ser ofertados por las organizaciones, enfocándose algunas de ellas en la prevención, asesoría, entrega de métodos anticonceptivos y otros insumos y canalización en los casos que requieren un diagnóstico, estudio o tratamiento. Algunas organizaciones contaban con atención médica con anterioridad a la entrevista y expresaron que la sustituyeron por enfermería por escasez de recursos.

- Contar con **insumos y un programa de interrupción legal del embarazo que les permita ofrecer atención directa**, al que puedan acceder las mujeres migrantes en caso de no hacerlo en el sistema público, es una necesidad también manifestada por organizaciones interesadas en ampliar su capacidad de atención a mujeres víctimas de violencia sexual y garantizar el acceso a SSR.

- Algunas organizaciones manifiestan como necesidad **ampliar su atención a víctimas de violencia sexual** para poder ofrecer atención directa, no sólo canalizar.

- La **adaptación de los mensajes a la población en tránsito** sobre la existencia de servicios tanto públicos como brindados por su organización, así como la mejora de la difusión en espacios públicos, son reconocidas como necesidades para una comunicación más efectiva enfocada a la población en movilidad.

5.5.3. Nivel micro: barreras y facilitadores para la búsqueda de atención

El contexto material, sociocultural, y las características sociodemográficas y personales de las mujeres migrantes influyen en sus necesidades de atención en SSR, y en su búsqueda de atención. Por ejemplo, en las entrevistas realizadas, entre más jóvenes son las mujeres, tienen menos capacidad de búsqueda activa y los resultados en la atención son más limitados, incluso inefectivos; o cuando las mujeres migrantes no hablan español, el idioma materno aparece como la principal barrera para la atención. Por otro lado, como se ha referido en secciones previas de este informe, la falta de documentos probatorios de identidad, o documentos oficiales que permiten la estancia temporal en México, limita la atención; en cambio, tener una TVRH la facilita.

El análisis también visibiliza otros obstáculos para la búsqueda de atención por parte de las mujeres migrantes: el desconocimiento de su derecho a la salud en México -independientemente de su estatus migratorio- y de cómo y dónde solicitar los servicios que requieren. Para las mujeres recién llegadas, el desconocimiento de la ciudad, de las opciones de transporte y los tiempos de traslado de un lugar a otro; así como la ubicación de centros de atención se añaden como obstáculos para la búsqueda de atención. Sin embargo, incluso si las mujeres llevan más tiempo viviendo en Tapachula, el **desconocimiento** del Sistema Nacional de Salud (ej. la oferta de los servicios de salud por nivel de atención) dificulta la **búsqueda efectiva** de atención a sus necesidades. En las entrevistas se observa que las mujeres migrantes en ocasiones requieren de servicios que se ofertan en el segundo nivel de atención, pero los solicitan en unidades de primer nivel de salud -o viceversa-.

"Nosotros carecemos de muchos servicios y de muchas cosas que no contamos en un primer nivel, que somos nosotros como centro de salud. Entonces para ellos culturalmente creen que van a venir a encontrar lo mismo, que a lo mejor en su país se lo proporcionan y por eso a veces pues creen que uno les quiere cobrar o [segmento inaudible] entonces no es eso, sino más bien la cultura de la cual ellos provienen ya no se diga en otras cosas, ¿no? la alimentación, la forma de vivir, pero en lo que es los servicios de salud pues sí hay muchas complejidades en esa situación porque están acostumbrados a algo diferente."

ID-13-Psicología

Los roles de género también operan como una barrera para la búsqueda de la atención a las necesidades de SSR de las mujeres migrantes entrevistadas en Tapachula. Es común que ellas antepongan la salud y bienestar de sus familiares, especialmente hijas e hijos, frente a sus propias necesidades. El rol de las mujeres como encargadas del **trabajo de cuidados** las acompaña en el proceso migratorio, muchas veces, este trabajo se reproduce e intensifica, debido a que a las mujeres se les asignan tareas de cuidados de personas enfermas y lesionadas, adultas mayores, menores de edad que viajan sin compañía, por mencionar algunas. Ellas suelen priorizar y privilegiar que se garanticen las necesidades de alimentación, alojamiento y

otras igualmente básicas antes que la búsqueda de atención médica; la **sobrecarga** de trabajo se concentra y las limita para realizar otras actividades, sobre todo cuando tienen hijas/os pequeños, lactantes o menores de edad a su cargo. Esto se conjuga con el tiempo, los recursos y la energía que requiere movilizarse en la ciudad de Tapachula para realizar diversos trámites es algo que, en los casos de familias monoparentales, es todavía más complejo.

Así, la búsqueda de atención en salud suele realizarse como último recurso, de forma tardía, cuando el padecimiento se agrava y/o el estado de salud se encuentra claramente vulnerado.

“Después de eso me operaron del apéndice, como a los cuatro meses. Me lo hicieron al mismo lado donde tenía al primer niño, la cesárea. También me volvieron a recetar, nunca he puesto interés porque yo sé que donde estaba no dan y no tenía los suficientes recursos para poder decir ‘me voy a comprar’. Tenía que dar a mi niño la leche, la renta, la comida y todo eso. Pues nunca me traté, nunca me preocupé por eso.”

ID-34-Honduras

Por otro lado, conciliar las citas médicas con las de **otros trámites administrativos y migratorios** es identificada como una barrera para la población migrante y en particular para las mujeres. Incluso cuando se han hecho las gestiones para brindarle una cita médica, pueden tener problemas y no estar en posibilidades de acudir a ella. En entrevista, la CAMDN-DSVII narra sobre una mujer migrante embarazada que vivía con VIH (no se especifica su país de origen), se realizaron las gestiones para obtener una cita en

el CAPASITS; sin embargo, la misma coincidía con la cita en COMAR; y a pesar de que la Coordinación le ofreció gestionar con COMAR el otorgamiento de otra cita, la persona decidió continuar con su trámite migratorio. Ante este tipo de casos, la CAMDN-DSVII ha llegado a solicitar a la COMAR que coadyuve a que la mujer embarazada sea valorada por los servicios de salud -condicionando el trámite ante la COMAR a la atención a la salud-.

“Esta gran cantidad de personas que tenemos, nuevamente de Haití, es la más renuente en cuanto a su salud; y es entendible porque para ellos primero está el trámite migratorio, antes que su atención, o que le importe su salud ... inclusive cuando están embarazadas o, aunque sea un menor [de edad]. Entonces de una u otra manera he llegado a la necesidad a veces hasta de coaccionar con la Comisión Nacional Mexicana para los Refugiados [sic], de que no se le dé trámite si no es valorada, en este caso la embarazada, porque al final de cuentas a quienes nos hacen correr es a nosotros, a quien nos llaman la atención es a nosotros, pero independientemente de la llamada de atención, al final de cuentas estás salvando la vida del binomio [madre-hijo], que es lo importante”

ID-44-DSVII

Dos barreras más que afectan el acceso o seguimiento oportuno de la atención son: **1)** costos y gastos (uno de los códigos más frecuentes en el análisis) derivados de la atención médica de los hijos/hijos y de su propia salud (medicamentos, estudios, pruebas de laboratorio, imagenología que no son proporcionados por los servicios públicos); y **2)** efectos de experiencias negativas previas en los servicios públicos (de salud u otros), cuando se han experimentado situaciones negativas, las mujeres posponen la búsqueda de atención, dando como resultado que el padecimiento se agrave y se requiera atención de urgencias en el segundo nivel (hospital). De acuerdo con las entrevistas, las

mujeres migrantes experimentan miedo en la búsqueda de atención en salud, vinculado con negación del servicio, malos tratos o discriminación recibidos en algún momento.

Las entrevistas realizadas tanto a las mujeres como a las organizaciones de la sociedad civil documentan esta barrera a profundidad, ilustrando que una atención deficiente, discriminatoria y/o violenta produce, además de un impacto negativo en la experiencia de las mujeres migrantes, un agravamiento en cadena de las posibilidades de acceso a la atención a la salud de esa población.

E: “Me comentaba que tenía un golpe en el pecho, el que le dieron. ¿Alguna vez se ha hecho alguna mamografía? ¿algún estudio de sus mamas?”

G: “No, eso es carísimo aquí [enfatisa].”

E: “También lo puede solicitar en el centro de salud, ahora con el golpe que lo revisen.”

G: “Ay no, en el centro de salud le dan a uno para que vaya a pagar los exámenes, porque a mi hija así le hicieron.”

ID-31-Guatemala

Nota de campo

En el hospital, si no es de urgencia dicen que no vayan, y si van hay restricciones de personal y medicamento.

ID-18-Organización-nota de campo

Que las personas migrantes conozcan la posibilidad de acceder a los servicios de salud, así como la cartera de servicios que se ofrecen en los centros de salud y los hospitales de la localidad, permite una búsqueda oportuna y efectiva, por lo que se puede considerar un facilitador.

El caso de Elena (55 años) es pertinente en este sentido, pues su experiencia previa de migración facilita, por mediación de dicho conocimiento, el acceso a servicios de salud.

La consciencia (y reconocimiento) de las mujeres migrantes sobre sus necesidades de SSR, funciona como un facilitador en la búsqueda de atención. En concreto:

- a.** El acceso previo a servicios de salud, así como el conocimiento de su historial clínico, facilita reconocer las necesidades propias de atención -y en consecuencia la búsqueda de atención-. Algunas entrevistadas eran conscientes de patologías o necesidades de atención previas como abortos espontáneos o diagnósticos vinculados a la SSR, como cáncer u ovarios poliquísticos.
- b.** El conocimiento específico sobre el cuidado preventivo de la SSR, como la importancia de las revisiones ginecológicas periódicas, lo cual motiva la autoexploración y que busquen realizarse estudios de detección oportuna fuera y dentro del sistema de salud. En las entrevistas realizadas, este conocimiento claramente se dio en mujeres provenientes de Cuba -país con sustancial fortaleza en la promoción de la salud y de apertura en el cuidado de la SSR de las personas (Domínguez-Alonso & Zacca, 2011)-. En este sentido, las condiciones del sistema de salud y de las políticas de promoción de la SSR del lugar de origen de las mujeres migrantes, determinan el bagaje que traen consigo de forma individual, y actúan como barreras o facilitadores para la búsqueda de atención -vía la importancia y conocimiento al respecto-.
- c.** Contar con competencias profesionales, como estudios en enfermería, facilita la búsqueda de atención dentro y fuera de los servicios de salud, aunque muchas veces el conocimiento de la medicina pudiera manifestarse en automedicación.

Todos estos factores influyen en la **actitud de búsqueda activa** de atención en salud y atención social, actitud y conocimiento que muchas veces las dirige hacia las OSC-OI.

“Sí, porque yo digo que donde el país que uno sea [sin que importe] tiene que tener siempre una atención médica, para eso es verdad los hospitales, donde sea le tienen que dar atención médica. Es un derecho que uno tiene y después el migrante, de donde sea. Pero a veces no es el caso, la gente no entiende.”

ID-32-Honduras

“Bueno cuando veníamos a COMAR nos dijeron que tenían bueno un papel para que nos atendieran y pues no, nunca nos dieron un papel para ir al médico, pero no, en realidad no hicieron más énfasis, así como tal. Nosotras lo que hicimos fue es que como ella es enfermera y sabe algo de salud pues nos compramos unos óvulos y nos tomamos un ciclo de desparasitación y nos pusimos los óvulos. Nos pusimos vaginal y nos tomamos las pastillas orales, un ciclo completo.”

ID-35-Cuba

“Yo los encontré a ustedes preguntando y buscando ayuda, pero si tú no buscas ayuda pues no encuentras digo yo. Los humanos estamos capacitados para lo principal hablar y comunicarse, pero si no preguntamos, como dice el dicho, si no preguntas no llegas a Roma.”

ID-38-Cuba

I: “En ese momento llamé a una amiga. Porque estoy yo como con cincuenta pesos en mi bolsa. Llamé a una muchacha que conocí ahí, ella se había salido por lo mismo del problema de que nos querían pasar a las habitaciones donde estaba toda la gente casi enferma, y entonces son, yo le llamé y le dije si por favor me daba donde estarme. Y sí, ella me brindó ayuda y me dio en el cuartito donde ella rentaba ahí, ahí me quedé yo...”

E: “¿Que también era migrante ella?”

I: “Sí, también es emigrante. [nombre] se llama.”

ID-32-Honduras

I: “Sí. Bueno de hecho yo como no puedo trabajar porque igual soy menor y no tengo, mis papeles, ahorita la vecina me está ayudando.”

E: “La persona con la que está, me comenta que es su vecina, ¿ella tiene un trato distinto?”

I: “Sí, igual pues como ella es salvadoreña.”

ID-30-El Salvador

Otro facilitador en la búsqueda de atención identificado en las entrevistas fue la construcción de un **tejido comunitario** de apoyo; es decir, una forma de organización social solidaria entre las mujeres migrantes, quienes a partir de la comunicación entre

ellas crean vínculos, efectivos para responder con ayuda, información y diversas formas de asistencia ante situaciones que ponen en riesgo la integridad, el bienestar y la salud de las mujeres.

6. Conclusiones

El presente informe describe algunas de las necesidades de atención en SSR de mujeres migrantes en la ciudad de Tapachula, Chiapas; explora los servicios de salud disponibles, el número y tipo de atenciones prestadas en el periodo de enero-septiembre de 2019 y en el mismo periodo de 2020; con el objetivo de visibilizar y analizar las barreras y facilitadores que intervienen en el acceso a la atención en los servicios públicos de salud.

Este estudio devela, a través de la experiencia de 16 mujeres migrantes, que las **necesidades de SSR de esta población son diversas y se presentan en un continuo de atención**, tanto de prevención (ej. prevención del embarazo) como de diagnóstico (ej. ITS, cáncer, salud menstrual), tratamiento y seguimiento (atención psicológica, interrupción del embarazo, cuidados prenatales, parto, y puerperio). La atención a las potenciales secuelas de la violencia sexual vivida, sobre todo en el aspecto psicosocial, es una necesidad de salud señalada por todos los actores entrevistados. Esta necesidad está presente incluso si ha pasado mucho tiempo desde dicha experiencia.

Por otro lado, de acuerdo con la información recolectada, las principales **actoras/es que brindan servicios de salud** a esta población son cuatro. Por parte de la Secretaría de Salud, **1) el Distrito Sanitario VII** (área administrativa que presta atención directa como parte del PIASM); y **2) los servicios de salud** del primer (CS) y segundo nivel (HGT) a cargo de la Secretaría de Salud del Estado de

Chiapas; y tercer nivel de atención (HRAE-Ciudad Salud) a cargo de la Secretaría de Salud federal. **3) Las OSC-OI** prestan atención a la SSR de mujeres migrantes que así lo requieren, aunque con recursos y posibilidades limitadas. En general, brindan consejería, canalización, y/o acompañamiento para acceder a servicios de salud (la canalización puede ser a servicios de salud públicos u otras OSC-OI). Aquellas que cuentan con profesionales de la salud (personal médico, de enfermería, o psicología) brindan atención directa en algunos servicios (ej. atención a casos de violencia sexual). Por último, **4) las farmacias**, ya sea por brindar consultas de bajo costo en consultorios adyacentes, o por la venta misma de medicamentos (si las mujeres se automedican), también son actores fundamentales y frecuentemente referidos por las mujeres migrantes.

De acuerdo con la normativa, los servicios de atención a la SSR a los que tienen derecho las personas migrantes son los mismos que se ofrecen a las personas mexicanas sin seguridad social, pero la Dirección General de Información

en Salud (DGIS) no provee información pública desagregada por tipo de servicio brindado para personas migrantes, por lo que no es posible saber con certeza si las personas migrantes acceden a todos estos servicios. Incluir estos datos en la recolección rutinaria del sistema de información permitiría determinar el comportamiento de búsqueda de atención, acceso y uso de los servicios de esta población (IOM, 2017). También permitiría dimensionar y estimar de una manera más precisa el número de migrantes en tránsito y residentes temporales en Tapachula que solicitan servicios de salud, más allá de las proyecciones demográficas que se hacen a partir del censo de población.

Dimensionar las variables anteriormente mencionadas le permitirían al Distrito Sanitario VII, la Secretaría de Salud de Chiapas y a la Secretaría de Salud federal, solicitar y asignar el presupuesto para poder atender las necesidades reales de la población. Por otra parte, esto contribuiría a fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica.

A pesar de esto, los datos disponibles permiten identificar que las mujeres categorizadas como migrantes sí reciben atención en Tapachula. Los datos recolectados muestran también que a pesar de la reducción de atenciones brindadas en 2020 en casi todos los servicios de SSR para la población en general, la proporción de mujeres migrantes

atendidas en el primer nivel de atención fue similar en 2019 (7.7%) y 2020 (8%); y que la atención a partos en el HGT fue mayor en 2020.

Sin embargo, la **experiencia de las mujeres migrantes** entrevistadas (quienes recibieron apoyo de una OSC) muestran que: **1) la falta de documentos de identificación** limita o restringe la atención a la salud de las personas migrantes; en particular, las mujeres señalan que se les negó el acceso a servicios, por un lado, debido a los protocolos de respuesta para evitar el contagio por SARS-CoV-2, pero también por falta de la CURP o cualquier documento de identidad; **2) la falta de atención integral**, ya que las mujeres entrevistadas señalaron que en su experiencia la atención en primer nivel suele ser incompleta, requiriendo que ellas hagan gastos de bolsillo, sobre todo para realizar estudios diagnósticos, ultrasonidos y compra de medicamentos; **3) trato desigual y/o discriminatorio**, pues algunas mujeres entrevistadas señalan que experimentaron discriminación en los servicios públicos (ej. ser la última persona en ser atendida, malos tratos verbales, o no recibir medicamento mientras que observaron que a las otras personas sí se les brindaba); y **4) falta de seguimiento oportuno en la atención**, pues las mujeres entrevistadas perciben deficiencias en el sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención; parece ser que como ellas son

percibidas como usuarias de tránsito, no se les indica qué hacer, cómo hacerlo y a dónde acudir para iniciar o dar continuidad a la atención a su salud.

Estas experiencias en el **sistema de salud** llevan a las mujeres a:

1) interrumpir la atención (dado los costos que esto implica); **2)** buscar atención en el sector privado de salud de **bajo costo** (*en los consultorios adyacentes a farmacias*), o con las OSC (quienes muchas veces les apoyan con parte de su atención –como el pago de medicamentos–); **3)** optar por la **automedicación** o cuidados alternativos como remedios caseros; **4)** generar y mantener cierta **desconfianza** sobre la posibilidad de acceder a los servicios de salud públicos (sobre todo en el primer nivel de atención); **5)** volver a buscar atención, pero en los **servicios de urgencia** del segundo nivel –dada una condición de salud agravada³³; y **6)** las mujeres pueden asistir en una ocasión para la atención del parto o cualquier emergencia, pero tienden a **no continuar con su atención**, ya sea por falta de información sobre cómo hacerlo o por desconfianza en el sistema.

En este sentido, y sin dejar de reconocer que el año 2020 fue particularmente retador para la prestación de servicios de salud, el estudio identifica barreras y facilitadores para la atención a la SSR de mujeres migrantes que trasciende las particularidades del año en pandemia:

A **nivel macro**, tanto la **normativa** como la **política pública** de la Secretaría de Salud (SSA), **facilita** la prestación gratuita de SSR en el sector público. La creación del INSABI eliminó la necesidad de afiliación a un seguro y las cuotas de clínicas y hospitales públicos del país; además, la actualización del PIASM y la persistencia y ampliación de actividades de la CAMDN-DSVII es un indicativo de la voluntad de integrar a la población migrante en la prestación de servicios de salud. Sin embargo, esto no fue identificado como un facilitador para el acceso a servicios de SSR por las mujeres entrevistadas, los proveedores de servicios de salud, o las OSC. Por el contrario, el cambio de Seguro Popular a INSABI se consideró una barrera para la atención, sobre todo en lo relativo a la operación de los servicios.

³³ En el HGT, las experiencias son de una atención más integral. El Hospital cuenta con servicios como consulta externa, análisis clínicos, servicios especializados para la atención de la violencia de género y violencia sexual, así como servicios de ginecología y obstetricia.

Establecer en la Ley General de Salud (Art. 77 bis 7) (2021) el requisito de la presentación de la CURP, acta de nacimiento, o “los documentos que se establezcan en las disposiciones reglamentarias” para la prestación gratuita de los servicios de salud para la población sin derechohabiencia, es una barrera para que las mujeres migrantes (y otras poblaciones) accedan de forma oportuna a los servicios. Los hallazgos de este estudio sugieren que en la operación los documentos solicitados para prestar la atención pueden variar (ej. comprobante de domicilio) dependiendo de la unidad de salud, lo que se presta a que el acceso en ocasiones esté sujeto a la discrecionalidad y voluntad de las y los proveedores de salud. Negar o postergar la atención a las personas migrantes puede abonar al incremento de riesgo y necesidad de acceder a servicios de salud por urgencia médica. Por otro lado, se puede resaltar que cuando las mujeres migrantes cuentan con un documento oficial emitido por alguna autoridad mexicana (como la COMAR), el acceso a la atención no se ve limitado. Específicamente, contar con documentación oficial como la Tarjeta de Visitante por Razones Humanitarias (TVRH) es un facilitador para la atención.

A nivel **meso (institucional)**, se observa el probable impacto de la **pandemia** en los servicios de salud, al reportarse una disminución en la prestación de servicios de SSR en general –excepto para el cuidado del embarazo y parto–. Con la información obtenida, es imposible saber si la disminución de servicios registrados para mujeres migrantes se debe a la disminución

del flujo migratorio o a las dificultades operativas del sistema de salud. Por otro lado, el proceso de recolección de datos dejó ver ventanas de oportunidades en el **sistema de información** para la salud, sobre todo relacionada con la posibilidad de desagregar datos por género (incluido el género no binario), e incluir la condición de migrante–persona extranjera– en las hojas de consulta a nivel nacional. En cuanto a la **capacidad instalada** para la prestación de servicios, el reporte describe dificultades propias de un sistema de salud con recursos financieros, de infraestructura, insumos y personal insuficientes para la atención a toda la población que lo requiere. Si bien las deficiencias del sistema de salud afectan a toda la población sin derechohabiencia y no solo a la población de mujeres migrantes, en los **procesos de prestación de servicio** también hay barreras para una atención de **calidad** para ellas. Estas incluyen tratos discriminatorios, diferencias interculturales entre el personal de salud y las mujeres migrantes, e idioma (falta de servicios de traducción especializados disponibles).

A su vez, hay retos particulares para la **atención en servicios de SSR** como anticoncepción (consejería), violencia sexual (información sobre servicios), y aborto inducido (insumos y protocolo para garantizar la atención por personal no objetor de conciencia). Un hallazgo importante es que el CS de Tapachula, que es la unidad de salud que pudiera realizar estudios de ultrasonido para el cuidado prenatal, no lo ha realizado desde hace dos años debido a que el equipo no está en funcionamiento. En cuanto al efecto de COVID-19, como se mencionó

anteriormente, la prestación de servicios de SSR continuó sobre todo para la atención a embarazo y parto; pero en otros servicios se espació y redujo. No es posible saber con los datos que se tienen, si la atención en otros servicios como planificación familiar disminuyó por ineficiencias del sistema (ej. falta de insumos, disminución de citas), o por una reducida demanda de servicios (por temor a contagio de COVID-19); y en el caso de las mujeres migrantes en particular, por una reducción del flujo migratorio en 2020.

Asimismo, este estudio cuenta con poca información sobre las acciones de promoción de la salud desarrolladas por el personal de salud en el primer nivel de atención y en albergues. Estas limitaciones deben tomarse en cuenta al valorar las conclusiones.

El análisis sobre acceso y prestación de servicios de SSR, también muestra el **rol facilitador para la atención de las OSC-OI**, que son fuente de información sobre el derecho a la salud y el procedimiento para acceder a servicios (DRC & SJR, 2020; Leyva et al., 2015; MODH, 2020), y de consejería en temas de SSR. Además, las OSC-OI prestan atención directa, canalizan o acompañan a las mujeres en su atención, y subvencionan los tratamientos o estudios que requieren las mujeres –como se ha repetido a lo largo del reporte–. Aunque son conscientes de que

es el Estado, y no la sociedad civil, quien debe de prestar los servicios de salud, las OSC-OI atienden una amplia gama de necesidades de SSR. Sin embargo, sus limitados recursos y capacidades no permiten que la atención sea integral; las referencias o canalizaciones se dan, por ejemplo, hacia distintas OSC-OI o servicios, dependiendo de las varias necesidades de SSR que tengan las mujeres. En este sentido, la **colaboración y coordinación** entre actores en el territorio es fundamental como facilitador para la atención. Sobre el papel de los consultorios adyacentes a **farmacias**, se requiere información adicional, sobre todo porque no hay regulación clara al respecto en el marco normativo (Colchero et al., 2020; Osorio, RM; 2019), y se tiene poca evidencia sobre la calidad de la atención –aunque se ha demostrado la sobreprescripción de medicamentos en estos establecimientos (Pérez-Cuevas et al., 2014), lo cual puede generar impactos en la salud de las personas usuarias a corto, mediano y largo plazo–.

Por último, a **nivel micro** –del contexto y experiencias personales de las mujeres migrantes–, la condición de migrante y otras determinantes sociales de la salud actúan como barreras o facilitadores de acceso y atención a la SSR:

El estudio muestra que el **género** cruza las necesidades de SSR y la búsqueda de atención en esta

población. Reconocerse y ser reconocidas como mujeres, influye en los riesgos de violencia que enfrentan antes del viaje migratorio y durante este, y se intersecta con su condición de movilidad al llegar a la ciudad de Tapachula. Además, las condiciones materiales de pobreza en que viven y los trabajos de cuidados socialmente asignados a su género, también condicionan sus necesidades de salud (incluida su SSR) y sus procesos de búsqueda de atención. El cuidado de menores de edad, por ejemplo, puede catalizar la búsqueda de atención para sus hijas e hijos, y postergar u omitir la búsqueda para sí mismas. Esto impide la prevención y detección oportuna de problemas de salud, hasta que se convierte en una urgencia médica, y se acentúa entre quienes no cuentan con una red de apoyo social en Tapachula.

Por otra parte, la **estigmatización, xenofobia, y/o racismo**, afecta a las mujeres migrantes, pues se encuentran expuestas a tratos diferenciados o discriminatorios en espacios públicos de la ciudad una vez que se les identifica como migrantes (por su acento, físico, documentación u otros). De acuerdo con las entrevistas, y en línea con otros reportes, existen prejuicios sociales que favorecen el acoso callejero y la violencia psicológica por parte de la población local (Médicos Sin Fronteras, 2020; MODH, 2020; Morley et al., 2021). Este contexto intensifica o mantiene miedos

y angustias de sufrir violencias previamente formuladas en sus cuerpos, y actúa en detrimento de la salud de estas mujeres – malestares que, según sus narraciones, se expresan a través de una presión alta, taquicardias, y cuadros de estrés y ansiedad–. Esta estigmatización, discriminación o racismo y su articulación con los roles de género, la sexualidad y salud reproductiva de las mujeres, se observa también en el acceso a servicios públicos, manifestándose en **algunos casos en malos tratos verbales** (ej. cuestionamiento a una mujer migrante joven por estar embarazada) o en **atenciones no integrales** (ej. no ofrecer información en SSR). Estas situaciones se acentúan en mujeres jóvenes, mujeres indocumentadas y/o mujeres racializadas.

La diversidad de **características personales** (ej. nacionalidad, edad, educación y conocimientos, idioma, color de piel, experiencia migratoria previa), así como la red de apoyo con la cual migran estas mujeres (migran solas, con familiares, con pareja, o bien, crean vínculos fuertes en el recorrido), intersectan también sus expectativas y experiencias en Tapachula. Influye, por ejemplo, en la **detección y reconocimiento de las necesidades de atención en SSR**. Antes de iniciar la búsqueda de la atención, las personas deben reconocer su necesidad y deseo de recibir atención. Las mujeres entrevistadas reconocen cuáles son sus necesidades en salud

sexual y reproductiva y cuándo deberían acudir a un servicio de salud. A pesar de que en la práctica demoren la búsqueda de atención, este reconocimiento de sus necesidades es un facilitador para la implementación de actividades de alcance, promoción y prevención en SSR.

Sin embargo, como se ha mencionado, la **situación migratoria y la carencia de documentos** de identidad se percibe como una condicionante para tener acceso a la salud o a otros derechos, a pesar de que, por ley, no lo es. Entre quienes no cuentan con documentación es latente el miedo a ser deportadas, mientras que, aquellas que están en una situación migratoria regular (ej. con una TVH), tienen la posibilidad de utilizar efectivamente el sistema de salud y se sienten más cómodas al hacerlo.

Esto refleja una de las principales barreras para la búsqueda de atención, que es la **limitada disponibilidad de información** sobre el sistema de salud, los pasos a seguir para recibir atención, las unidades en las que se debe solicitar atención, los horarios, la gratuidad de los servicios y los servicios disponibles en los distintos niveles de atención. Estas deficiencias en la información brindada a mujeres migrantes

dan lugar a interpretaciones sobre cuál es en realidad la oferta del sector público, e influye en la decisión de búsqueda de atención. Adicionalmente, durante la pandemia por **COVID-19**, algunos servicios de salud modificaron su forma de operar en distintos momentos, y estos cambios no fueron difundidos de manera clara de acuerdo con lo manifestado por OSC entrevistadas en el estudio y documentado por otros reportes sobre Tapachula (MODH, 2020).

Por otro lado, para las mujeres migrantes que no hablan español, la limitante del **idioma** es una barrera clara de acceso a los servicios. Incluso para el equipo de investigación fueron notables las limitaciones de comunicación con las 3 mujeres haitianas entrevistadas, a pesar de contar con el apoyo de una persona intérprete de creole. También, las expectativas y experiencias previas funcionan como barreras o facilitadores, dependiendo de la vivencia individual de las personas, así como la capacidad de autogestión y búsqueda de recursos en OSC e instituciones públicas. Las **redes de apoyo** a las que puedan tener acceso las mujeres ya sean del entorno inmediato (como la familia), o por parte de las OSC-OI, también facilitan o no la búsqueda y continuación de la atención.

Se concluye que en conjunto, el encuentro de dinámicas entre las necesidades de SSR de perfiles heterogéneos de mujeres migrantes, los retos para la prestación de estos servicios de salud, la diversificación de prestadores de servicio (sector público, y privado con y sin fines de lucro), y las propias condiciones adversas para la búsqueda y continuidad de la atención de las mujeres migrantes, derivan en una atención a la SSR fragmentada y no siempre oportuna –sobre todo para quienes carecen de documentos de identidad–. Por otro lado, la experiencia de calidad del servicio es variada, pero se resalta la necesidad de mejorar las relaciones interpersonales y de comunicación entre las mujeres migrantes que buscan una atención continua y las personas prestadoras del servicio a lo largo del proceso de atención.

Finalmente, las y los prestadores de servicios de salud, las autoridades sanitarias de las unidades médicas, así como del Distrito Sanitario VII, y las OSC-OI participantes del estudio, muestran un claro compromiso para garantizar la atención a mujeres migrantes en Tapachula. Se reportan experiencias previas de buena coordinación, sobre todo en coyunturas como la llegada de caravanas migrantes, y de trabajo entre OSC-OI y personal operativo de las instituciones de gobierno; lo que sugiere la necesidad de formalizar estas sinergias³⁴.

³⁴ Ejemplos de sinergias son: protocolos y planes de acción, adaptados a la localidad, para la atención en salud (incluida de SSR) en momentos de emergencia y posterior a ella; y mesas de trabajo para responder a los retos, coyunturales y/o continuos, para brindar atención a poblaciones difíciles de alcanzar (ej. mujeres migrantes en situación de calle o que no hablan español).

7. Recomendaciones

A continuación, se presenta una serie de recomendaciones fundamentadas tanto en los datos recolectados en este estudio, como en buenas prácticas documentadas en México y a nivel internacional. Estas recomendaciones están armonizadas con las Intervenciones de APS-I en los Distritos de Salud establecidas por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (Gobierno de México/Secretaría de Salud, 2020).

La migración forma parte de la vida fronteriza y de la dinámica cotidiana de comunidades de acogida, por lo que las recomendaciones se hacen con una visión a corto, mediano, y largo plazo y de sostenibilidad. Están dirigidas a distintos actores relevantes en materia de salud y migración, considerando que hay ejes transversales en los que existe una corresponsabilidad sobre el tema.

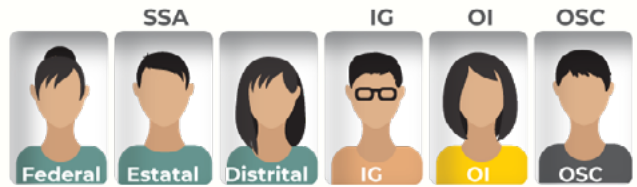
Se inicia con las recomendaciones dirigidas a generar un entorno habilitante para la prestación de servicios de SSR para mujeres migrantes en Tapachula, y se continúa con recomendaciones dirigidas a cubrir las necesidades en el proceso de atención: promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento, y continuación de la atención en SSR para esta población.



Prioridad

Entorno habilitante
Recomendación

Tomadores de decisión



Inmediata

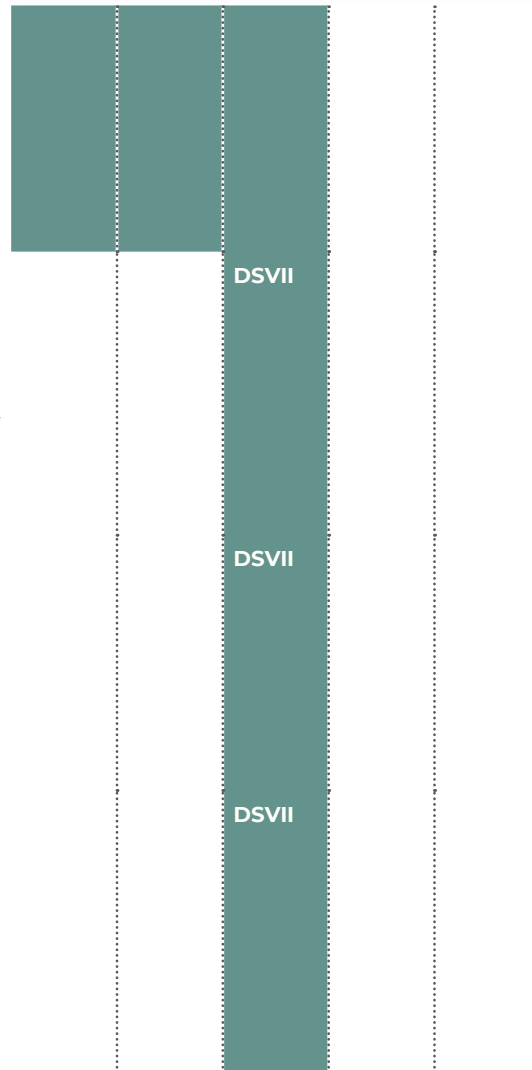
1. **Garantizar que las personas migrantes que no tengan documentos probatorios de identidad consigo, puedan acceder de forma oportuna y gratuita a la atención en salud (SSR) para ellas, incluidas las menores de edad, y sus hijas, hijos, u otras personas a su cuidado.**

a. Asegurar que todas las unidades de salud del Distrito Sanitario VII tengan criterios homologados para proporcionar atención a la salud gratuita para personas migrantes documentadas e indocumentadas de acuerdo con lo establecido por la Ley General de Salud (Art. 77 bis 7).

b. Capacitar a todo el personal (autoridades, personal administrativo y operativo) de las instituciones de salud de Tapachula sobre dichos criterios y procesos para brindar la atención gratuita.

c. Monitorear que se sigan los procesos adecuados para brindar la atención a la salud a todas las personas que solicitan en las unidades de salud supervisadas por el DS-VII.

Corto plazo

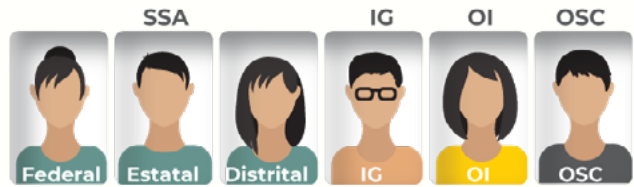




Prioridad

Entorno habilitante
Recomendación

Tomadores de decisión



Inmediata

2. Realizar gestiones en las áreas que corresponde del nivel federal, estatal y distrital, y llevar a cabo una coordinación adecuada para prevenir rupturas en la cadena de suministro, para garantizar la disponibilidad de medicamentos, insumos, y otros materiales en las unidades que ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva (incluidas las distintas opciones anticonceptivas, anticoncepción de emergencia, kits de profilaxis postexposición, ultrasonido, estudios de gabinete, etc).
- a. De manera prioritaria, hacer monitoreo del funcionamiento adecuado del ultrasonido ya reparado del Centro de Salud Tapachula, y asegurar que existan protocolos efectivos para garantizar la existencia de un ultrasonido funcional en la unidad.
- b. En el segundo nivel de atención, contar continuamente con medicamento (mifepristona y misoprostol) y, de acuerdo con lo expresado por personal de salud en el HGT, con un equipo más de AMEU para garantizar el acceso al aborto seguro a la población que lo demanda.

Áreas que gestionan la cadena de suministro

DSVII

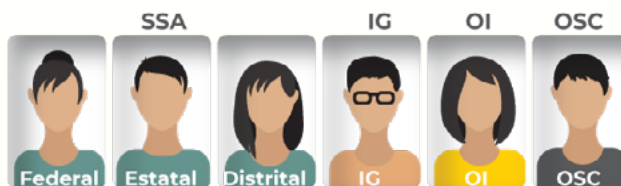
DSVII



Prioridad

Entorno habilitante
Recomendación

Tomadores de decisión



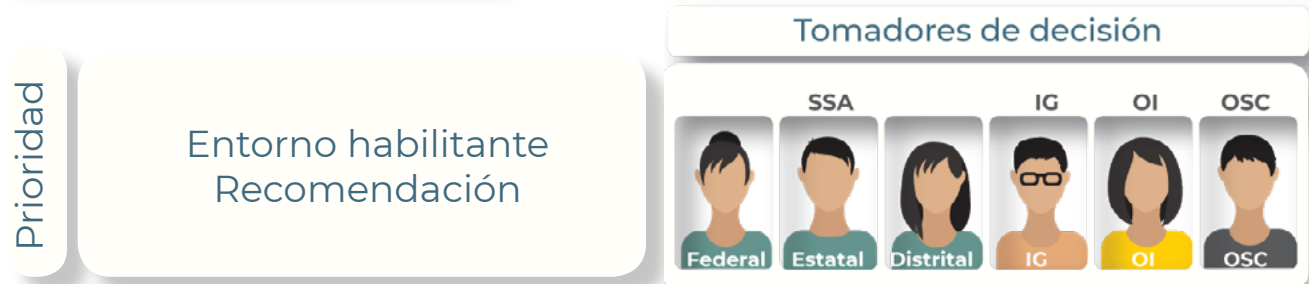
Corto plazo

3. Apoyar técnicamente al DSVII para realizar una estimación de la demanda de los programas de SSR, que tome en cuenta las particularidades del contexto y de la población migrante, y las brechas en los sistemas de información en salud, para poder utilizar esta información en los ejercicios presupuestarios e incrementar el alcance de las actividades de SSR que ya se realizan.



4. Realizar una evaluación de procesos a la CAMDN-DSVII con el fin de detectar las oportunidades de armonización entre el diseño y la operación de esta coordinación, y expandir el alcance de sus actividades.





5. Fortalecer el sistema de información sobre migración y salud, con la finalidad de facilitar la toma de decisiones y la asignación de recursos que correspondan a las necesidades de atención en SSR.

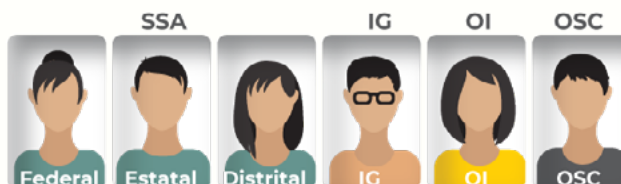
DGIS CNEGSR	Área de información en salud del nivel estatal	DS-VII y unidades de salud	Federal Estatal Distrital y local



Prioridad

Entorno habilitante
Recomendación

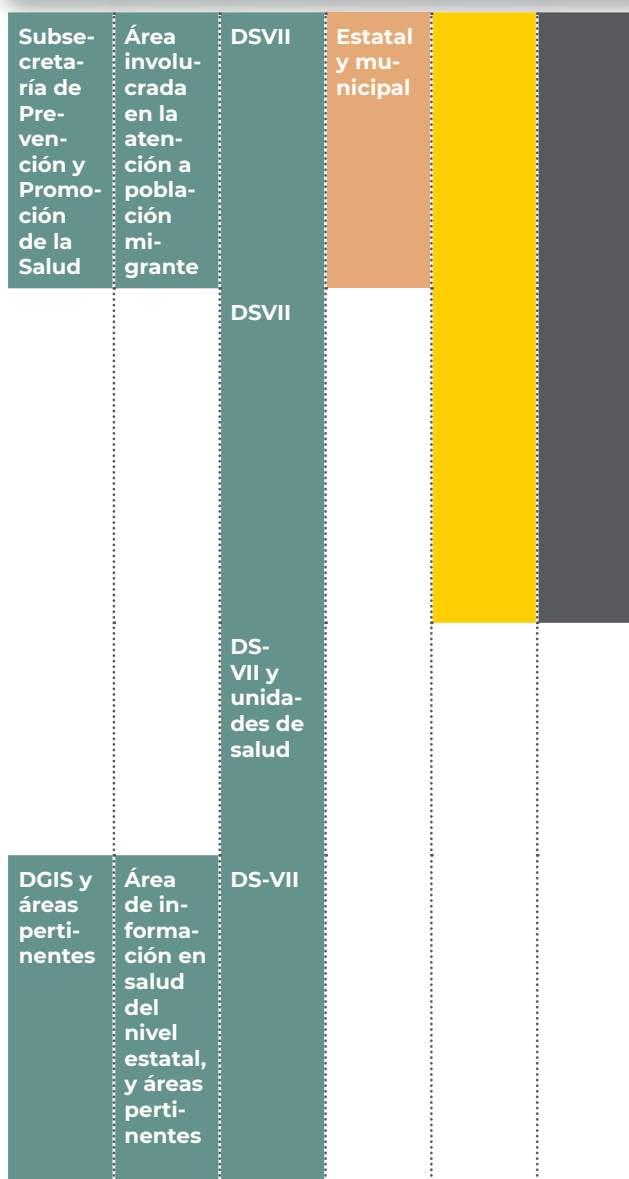
Tomadores de decisión



Mediano Plazo

6. Fortalecer los sistemas de coordinación entre los actores involucrados en la atención a la SSR de la población migrante en Tapachula.

- Fomentar la participación de todos los actores relevantes en la Red Interinstitucional de Atención a Migrantes y fortalecer su rol como mecanismo formal de coordinación entre las autoridades sanitarias, servicios de salud públicos, OSC-OI que trabajan en el área geográfica en los mecanismos de respuesta y atención a la salud sexual y reproductiva de las poblaciones migrantes, incluidas situaciones de emergencia y desplazamientos masivos de personas.
- Divulgar el plan de trabajo, mecanismos de interlocución, acciones y acuerdos de esta Red, aún entre los actores que no forman parte de ella, pero que están involucrados en la atención a personas migrantes, para que participen de una respuesta liderada por las autoridades sanitarias.
- Integrar al personal de salud que labora en los servicios privados de salud, principalmente los consultorios adyacentes a farmacias, en los mecanismos de vigilancia y notificación epidemiológica (ej. ITS, VIH), de atención integral a la violencia sexual y basada en género, así como de otras cuestiones relevantes de SSR. Esto dado que las mujeres migrantes señalaron acudir a estos servicios de salud por su accesibilidad y bajo costo.

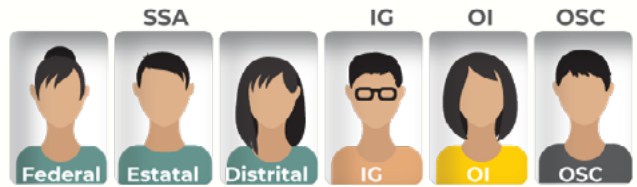




Prioridad

Entorno habilitante
Recomendación

Tomadores de decisión



Mediano Plazo

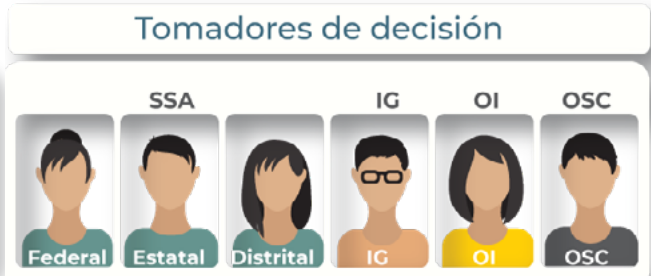
- Fortalecer el primer nivel de atención en salud. Expandir de manera gradual la cobertura del proyecto de fortalecimiento del primer nivel de atención de salud de Tapachula en tres áreas prioritarias: a) Salud de la mujer; b) Salud mental; y c) Enfermedades crónicas, el cual fue establecido como área prioritaria de enfoque en los compromisos adoptados por México como parte del MIRPS. Se recomienda incluir de manera progresiva en sus actividades a toda la población migrante, y no sólo a solicitantes de refugio; con énfasis en los objetivos específicos 1, 2 y 5 de dicho proyecto (MIRPS, 2020).





Prioridad

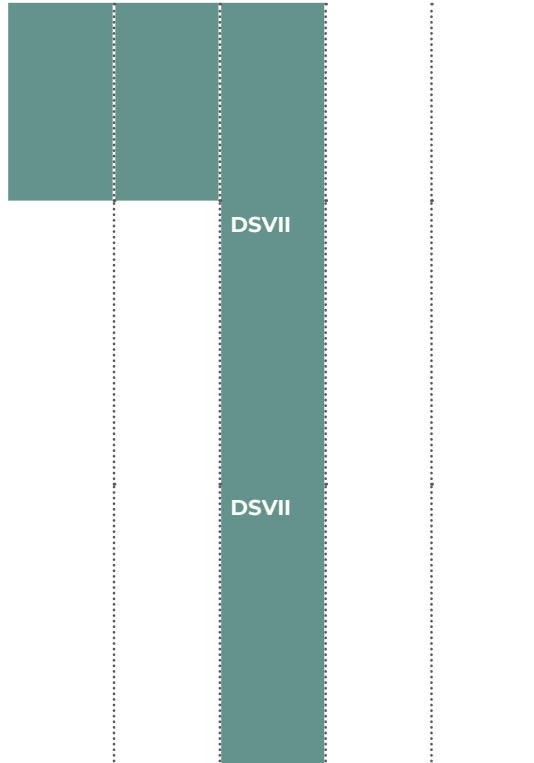
Proceso de Atención
Recomendación



Inmediata

8. Garantizar el acceso a servicios de aborto seguro en el HGT.

- Establecer mecanismos para garantizar el servicio cuando hay objetores de conciencia presentes en la unidad de salud. Esto reducirá las oportunidades perdidas para la atención a quienes quieren interrumpir un embarazo producto de una violación, lo que es particularmente importante para mujeres migrantes en tránsito.
- Fortalecer las capacitaciones para la implementación del Lineamiento Técnico para la atención del aborto seguro en México (en él se señala la obligatoriedad de contar con personal no objetor de conciencia para garantizar el aborto seguro).

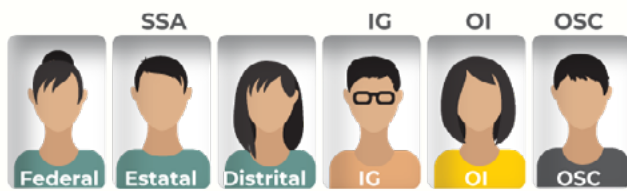




Prioridad

Proceso de Atención Recomendación

Tomadores de decisión



9. Adaptar los programas ya existentes de promoción y educación para la SSR a las necesidades de la población migrante, e incrementar el alcance y cobertura de estas actividades.

- a. Realizar una revisión del contenido y el diseño de las actividades que ya se realizan, para lograr una mayor cobertura en las subpoblaciones migrantes, específicamente, se recomienda revisar el alcance de los mensajes y medios de difusión en los siguientes temas:
- Información general sobre SSyR con perspectiva de género y atención a las diferencias socioculturales.
 - Promoción de la salud durante todo el proceso de atención a la salud materna (embarazo-parto-puerperio-cuidados de la persona recién nacida).
 - Difusión de señales de alarma en el embarazo y en la persona recién nacida
 - Invitación a migrantes embarazadas a formar parte de los Clubes de embarazadas que deben estar disponibles en los centros de salud.¹
 - Identificación de la violencia de género y acceso a los servicios especializados de atención.
 - Acceso al aborto legal y seguro.
 - Promoción y consejería del uso de métodos anticonceptivos y condón.

Subse-
creta-
ría de
Pre-
ven-
ción y
Promo-
ción de la
Salud

Área
de Pre-
ven-
ción y
Promo-
ción de la
Salud del
nivel
estatal

Área
de Pre-
ven-
ción y
Promo-
ción de la
Salud del
nivel
distri-
tal

DSVII

Inmediata

¹ Durante la pandemia por COVID-19, estos servicios deben prestarse de forma remota, y habrá que evaluar cómo facilitar el acceso a las plataformas virtuales a mujeres migrantes embarazadas. Por otro lado, la implementación de personas traductoras o servicios de traducción también será menester.



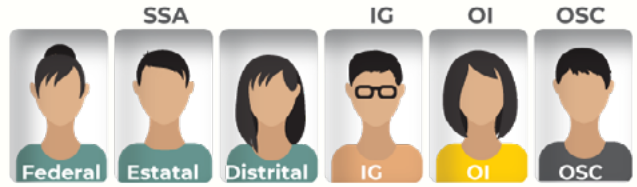
Continuación

9

Prioridad

Proceso de Atención Recomendación

Tomadores de decisión



Inmediata

- Información sobre ITS y acceso a pruebas rápidas de VIH y retrovirales.
- Detección temprana de cáncer de mama y cervicouterino.
- Salud menstrual con enfoque de género y sangrados uterinos anormales.
- Fomento a la lactancia materna.
- Difusión durante las actividades comunitarias con población migrante de la información mencionada en el inciso siguiente sobre derecho a la salud en México y el acceso gratuito a servicios de salud.

Corto Plazo

- Informar sobre el derecho a la salud en México, la gratuidad, disponibilidad, ubicación y horarios de servicios en los distintos niveles de atención, independientemente de la situación migratoria de la persona o la posesión de documentos de identificación:
- Capacitar al personal en ventanilla de los Centros de Salud para que brinden esta información, así como sensibilización para prevenir la discriminación hacia colectivos como personas migrantes, comunidad LGBTTTI+, trabajadoras sexuales, y personas con discapacidad, entre otras.

CO-MAR INM



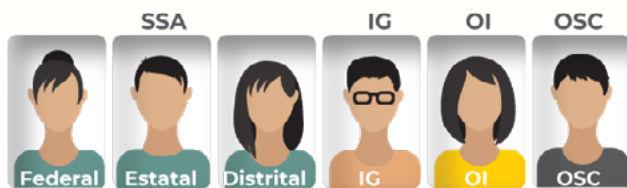
Continuación



Prioridad

Proceso de Atención Recomendación

Tomadores de decisión

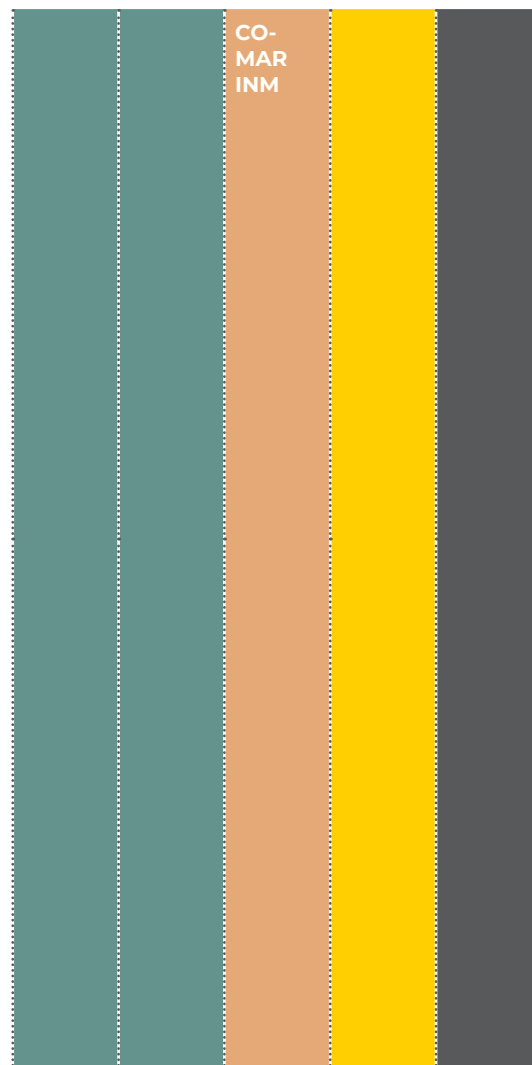


Corto Plazo

- Asegurar que la información mencionada esté disponible en distintos idiomas (español, creole, inglés), en instalaciones del sector salud de los diferentes niveles de atención y en lugares estratégicos en los que se puede alcanzar a la población migrante en Tapachula: espacios públicos, lugares usuales de trabajo, instancias municipales que tienen vínculos con la población migrante, oficinas de la COMAR, oficinas del INM, puntos de atención de OSC-OI; considerando la pertinencia de su difusión por otros medios relevantes (como la radio).

Mediano plazo

- Proporcionar orientación sobre el sistema de salud.**
 - Incluir en las actividades regulares de atención una explicación clara sobre cómo funciona el sistema de referencia y contrarreferencia, los plazos y maneras de acceder a los diferentes niveles de atención y los insumos y medicamentos que cubre el sistema público de salud. Las orientaciones en este sentido también se deben dar (o actualizar) a OSC-OI, sobre todo en los albergues.

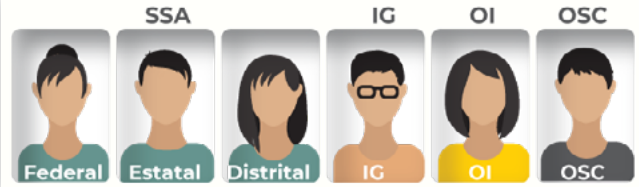




Prioridad

Proceso de Atención Recomendación

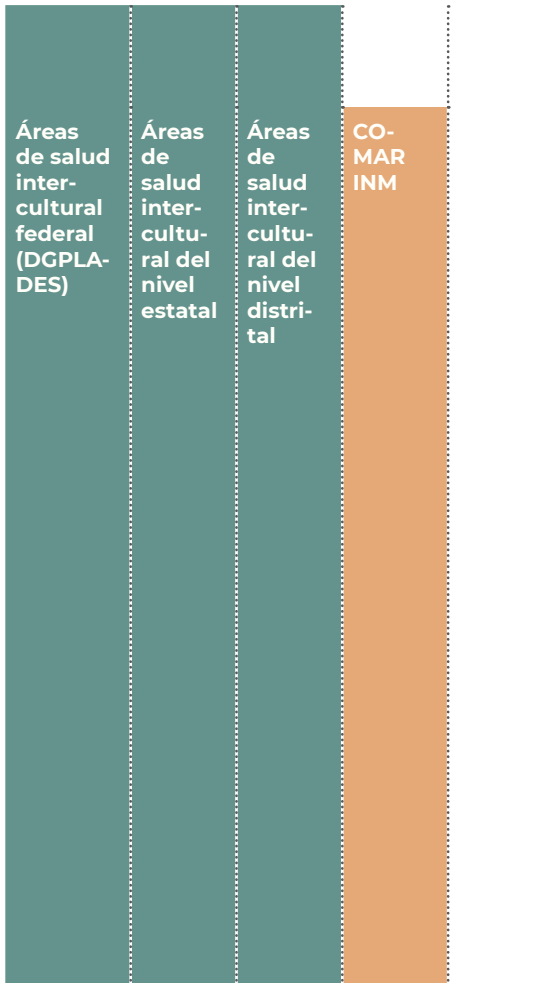
Tomadores de decisión



Mediano Plazo

10. Mitigar las barreras culturales y de idioma para facilitar el acceso a los servicios de SSR entre la población migrante

- Proporcionar información y contar con formatos de consentimiento informado en los idiomas maternos u otros idiomas más comunes que se hablan en la comunidad, es un estándar mínimo básico que se debería seguir al trabajar con población migrante que habla diferentes idiomas y que se utiliza desde hace algunos años en países que pertenecen a la OCDE (Mladvosky, 2012).
- Contar con intérpretes (mujeres y hombres) que traduzcan cuando las personas migrantes no hispanoparlantes soliciten atención es una buena práctica para derribar esta barrera. Específicamente, el uso de intérpretes profesionales, es decir, personas capacitadas para realizar este tipo de traducciones (en lugar de otros profesionales de salud o familiares de las usuarias), tiene un impacto clínico positivo en personas que no dominan el idioma que utiliza el personal de salud (Karliner, 2007). Al respecto, se podrían buscar sinergias para potenciar las capacidades de estudiantes y profesores de facultades y escuelas de idiomas de nivel superior que se ubican en Tapachula, o incentivar un programa de capacitación técnica para las migrantes que decidan quedarse a vivir en el municipio.





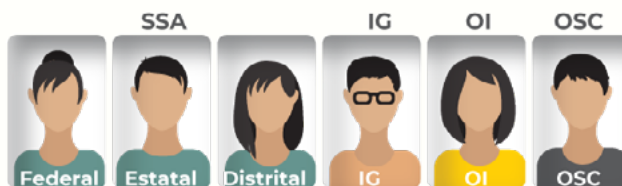
Continuación



Prioridad

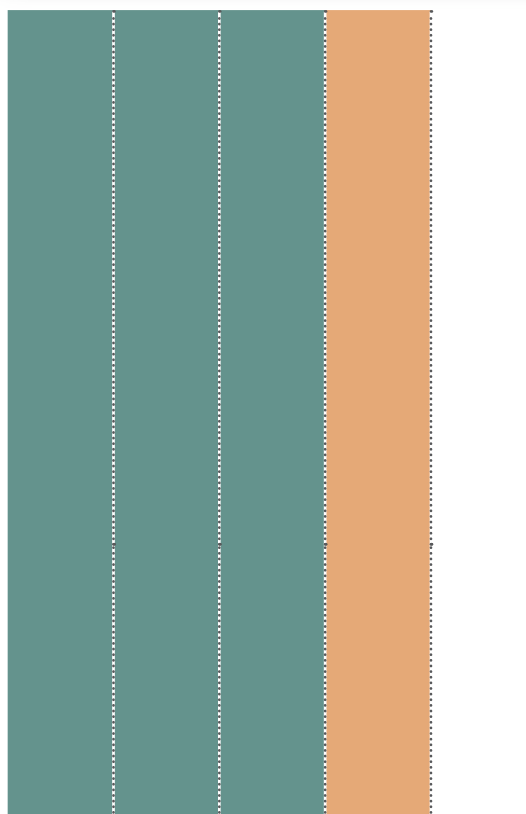
Proceso de Atención Recomendación

Tomadores de decisión



Mediano Plazo

- c. Promover la mediación cultural. En Chile, como parte de la Política de Salud de Migrantes Internacionales, se ha implementado formalmente la figura de Mediador Intercultural y facilitador lingüístico, siendo personas que trabajan en el primer y segundo nivel de atención, con funciones de interpretación, acogida, orientación sobre el sistema sanitario, enlace con la comunidad y mediación cultural. Mediadoras y mediadores se han considerado un elemento facilitador para la atención y ha tenido una percepción positiva entre el personal de salud (Sepúlveda, 2019). Otras experiencias exitosas de mediación cultural han dado pie a cambios en modelos de atención de salud materna (Reavy et al., 2012).²
- d. Elaborar y colocar en espacios visibles la versión impresa de un directorio de servicios de traducción a distancia, vía telefónica o videollamada. Las personas traductoras incluidas en este directorio deberán estar capacitadas sobre la ruta para activar y brindar el servicio en contexto médico. El directorio podrá ser usado por OSCs y por trabajadores de la salud.



² Algunas consideraciones para la implementación de servicios de traducción o mediación cultural: Es necesario establecer guías y procedimientos operativos para las actividades de traducción y mediación cultural (Lundin, 2018) y considerar el uso de traducción vía telefónica o por videollamada, que si bien no tiene los mismos beneficios que la traducción presencial (Mladlovsky, 2012), puede considerarse como una opción viable, especialmente en el contexto de la pandemia por COVID-19.



³ El IAWG es una coalición de organizaciones a nivel internacional cuya misión es fortalecer el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad para personas afectadas por crisis humanitarias.
<https://iawg.net/about>

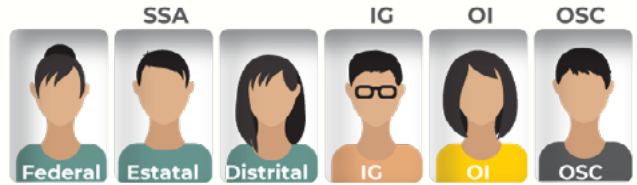


12

Prioridad

Proceso de Atención Recomendación

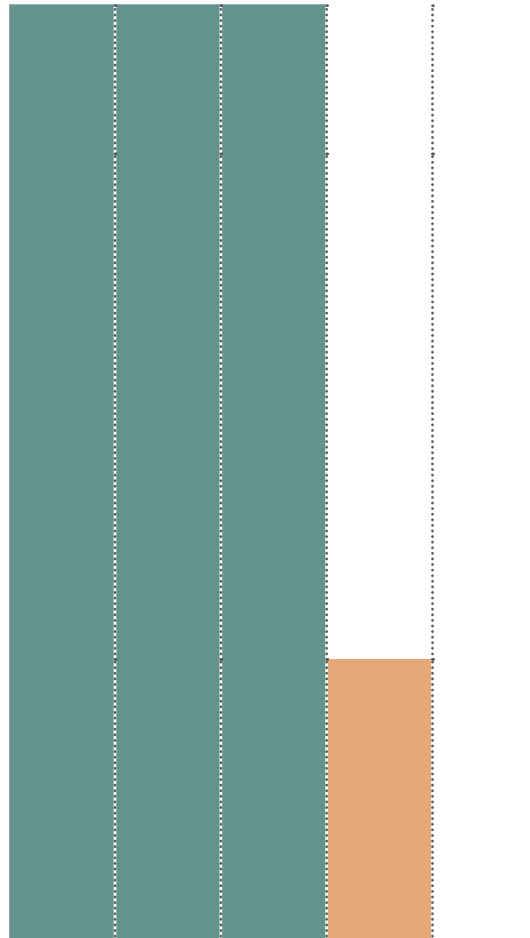
Tomadores de decisión



Mediano plazo

12. Fortalecer las capacidades, competencias y habilidades del personal de salud para proporcionar atención a las mujeres migrantes.

- El personal de salud de Tapachula, o que trabaja en zonas geográficas en las que se presta atención a población migrante debe adquirir conocimientos e información actualizada sobre aspectos generales de la migración en México y dinámica migratoria local; perfiles sociodemográficos de la población migrante en México, y de las mujeres migrantes en particular; enfermedades prevalentes y perfil epidemiológico de los países de origen y países de tránsito; así como del marco de derechos, la legislación y normativas sobre el acceso a la salud en la población migrante en México; para erradicar la discriminación o negación de servicios por falta de información.
- Desarrollar las habilidades y competencias interculturales en salud, atención con enfoque de género, y respeto a la diversidad sexual, entre el personal de salud que desarrolla actividades directas o indirectas con población migrante, incluidas las mujeres migrantes.





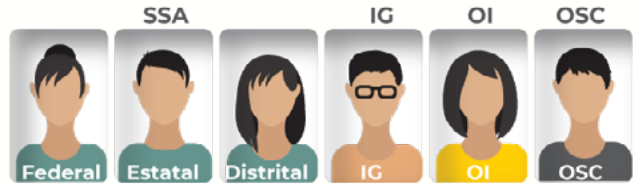
Continuación

12

Prioridad

Proceso de Atención Recomendación

Tomadores de decisión



Mediano plazo

- Instalar una forma de monitorear el uso de estas habilidades y competencias, dando primacía a mecanismos de retroalimentación efectiva por parte de las usuarias migrantes, ya que es indispensable asegurarse de que las personas proveedoras de servicios de salud no sólo comprendan, sino que incorporen estos aspectos a su práctica profesional.
- Tomar en cuenta el trabajo operativo de las y los profesionales de la salud (ej. horarios) para la planeación de las capacitaciones, y crear incentivos positivos (incluida una didáctica educativa efectiva) para que las personas asistan y aprehendan la formación.
- Dada la rotación de personal (ej. personal en formación, personal no basificado) estas capacitaciones deben ser parte de la actualización continua a la que están obligados los profesionales de salud. Este tipo de capacitación está contemplada dentro los Ejes de la Estrategia Nacional de Capacitación del Personal de Salud (Secretaría de Salud, 2019). Para el desarrollo de estas intervenciones, se puede utilizar la Guía para diseñar y desarrollar una intervención educativa con la Secretaría de Salud (Gobierno de México/Secretaría de Salud, 2020).



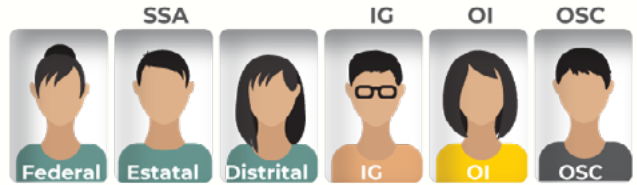
Continuación

12

Prioridad

Proceso de Atención Recomendación

Tomadores de decisión



Mediano plazo

- c. Asegurar que en los perfiles de puesto, responsabilidades y funciones del personal que labora en las áreas geográficas fronterizas o comunidades receptoras de migrantes, se encuentren especificadas las capacidades, competencias y el desarrollo de habilidades que conlleva trabajar con esta población, tales como: respeto y apertura hacia otras culturas, empatía y reconocimiento de la resiliencia de las mujeres migrantes.

Largo plazo

- d. Brindar actualización continua en normativa y guías de práctica clínica, específicamente, sobre planificación familiar, anticoncepción, y aborto seguro, resaltando la importancia de una adecuada consejería; así como sobre la NOM 046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres; la NOM 007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la persona recién nacida; y la NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar.

Áreas responsables de formación y capacitación del municipio de Tapachula



13

Prioridad

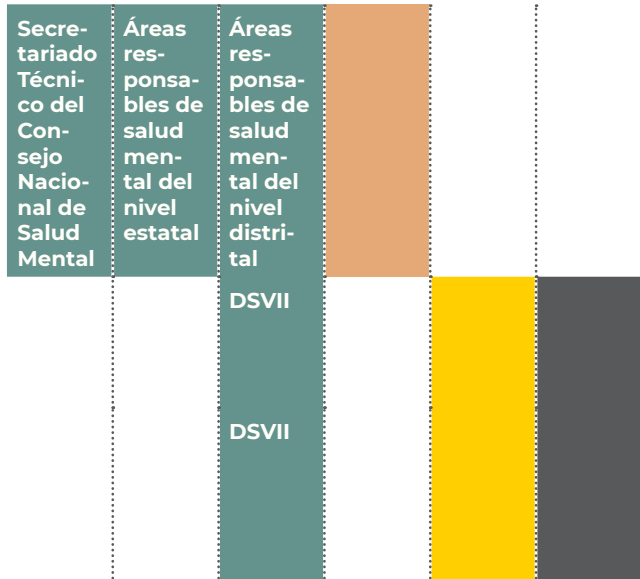
Proceso de Atención
Recomendación



Mediano plazo

13. Aumentar la disponibilidad de servicios de atención en salud mental para mujeres migrantes y el personal de salud. Como consecuencia de la pandemia por COVID-19, se espera un aumento de las necesidades en salud mental de proveedores de salud y personas migrantes.

- Implementar atención psicosocial extramuros para mujeres migrantes, e incluir a las OSC-OI en dicha iniciativa.
- Facilitar la disponibilidad de atención en salud mental para todas/os las/os proveedores de servicios de salud para prevenir el desgaste y promover el autocuidado.

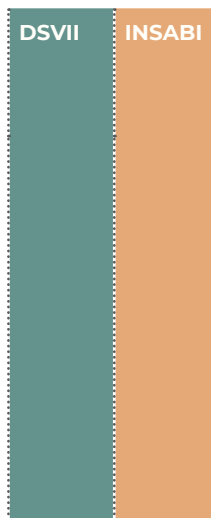




14. Fortalecer el enfoque de redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria

Largo plazo

- Fortalecer principalmente en los procesos de salud materna (embarazo, parto, puerperio y cuidados de la persona recién nacida) y de planificación familiar (consejería, aplicación de método y seguimiento). Esto con la finalidad de prevenir, detectar y referir oportunamente complicaciones, y acompañar a las mujeres durante procesos clave de la salud reproductiva. La atención primaria de salud es la responsable de garantizar la continuidad de la atención de las personas en los distintos niveles de atención.



REFERENCIAS

International Organization for Migration, IOM. (2019). / World Migration Report 2020. UN. Recuperado de <https://doi.org/10.18356/b1710e30-en> / Secretaría de Gobernación (2021). Boletines Estadísticos. Unidad de Política Migratoria Registro e Identidad de las Personas. México. Recuperado de http://portales.segob.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Boletines_Estadisticos Nájera Aguirre, J. N. (2016). El complejo estudio de la actual migración en tránsito por México: Actores, temáticas y circunstancias. *Migraciones Internacionales*, 8(3), 255–266.

7.1. Líneas de investigación futuras

A continuación, se describen de forma puntual elementos en los que se sugiere profundizar y seguir investigando en el futuro para favorecer el acceso a servicios de SSR de mujeres migrantes extranjeras que ingresan al país de forma irregular, transitan y viven continua o temporalmente en Tapachula, México:

- Acceso al **aborto seguro** para mujeres migrantes en Tapachula.
- **Necesidades específicas de SSR de la población de la diversidad sexual**, incluidas mujeres y adolescentes lesbianas, transgénero y transexuales.
- Reconocer la **salud menstrual** como un eje prioritario en la SSR de las mujeres y personas menstruantes migrantes. Identificar las necesidades específicas de las mujeres migrantes y sus prácticas de autocuidado vinculadas al ciclo completo de la menstruación y menopausia.
- **Barreras y facilitadores en la atención de SSR en el primer nivel** de atención, esto debido a que se reporta como el espacio con más dificultades en cuanto a trato, referencia y contrarreferencia, diagnóstico, atención prenatal y postparto para las mujeres migrantes.
- **Calidad de la atención en consultorios adyacentes a farmacias, y las prácticas de automedicación de las mujeres migrantes.** Relacionado con esto, se puede incluir una estimación sobre el gasto de bolsillo realizado por mujeres migrantes para atención a la SSR de ellas y sus hijas e hijos, pues las narrativas aseguran que puede llegar a ser catastrófico, pero hasta donde sabemos no existe una estimación puntual al respecto; esta información podría contribuir al diseño de políticas de financiamiento de salud incluyentes.
- Atención a la **salud mental** y atención a **violencia de género a través de medios de telesalud**. Las experiencias de violencia (de género o no) vividas en países de origen, el proceso migratorio, así como las condiciones materiales de vida en que se encuentran en Tapachula y las vivencias de discriminación por condición migratoria, favorecen miedo y el aislamiento de las mujeres migrantes, es decir, la preferencia de quedarse en casa y no salir (más allá de las medidas de protección para prevenir COVID-19). Futuras investigaciones pueden profundizar sobre la vinculación entre el aislamiento durante el proceso migratorio en Tapachula, y la salud en general y mental de las mujeres migrantes, así como la posibilidad de que las intervenciones sobre información y promoción de la salud se realicen a través de medios remotos (telesalud).

- **Papel de la intersección entre las normas sociales de género, migración, y cultura médica** en la prestación de servicios de SSR a mujeres migrantes entre personal de salud.
- Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al uso de métodos **anticonceptivos** en mujeres migrantes. Una exploración al respecto proporcionaría información valiosa para actividades de promoción de la salud, promover su uso y valorar la aceptación cultural entre distintas subpoblaciones.

8. Recursos adicionales sobre intervenciones en SSR

- Interagency Working Group on Reproductive Health in Crises
- <https://iawg.net/>
- The Lancet. (2006). Executive Summary of Lancet Sexual and Reproductive Health Series, 358:9547. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_exec_summ.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2010). Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70428>
- World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. (2020). Continuing essential sexual reproductive, maternal, neonatal, child and adolescent health services during COVID-19 pandemic: practical considerations. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332162>

9. Glosario

Acceso a la salud

Entendido como un enfoque de acceso universal a la salud, en el que se enfatiza que no basta con el reconocimiento formal del derecho a la salud, sino que es necesario garantizar mecanismos que lo hagan efectivo mediante sistemas de salud públicos de amplia cobertura y de calidad. El principio de acceso universal a la salud se reconoció en 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (PAHO, 2012).

Atención médica de urgencias

Acciones de tipo médico que se llevan a cabo de manera inmediata, encaminadas a disminuir el riesgo de muerte y a evitar el daño a órganos o funciones vitales (Secretaría de Salud, 2020c).

Atención prenatal

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención prenatal se puede definir como la asistencia prestada por profesionales de salud capacitados a las mujeres y adolescentes embarazadas, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para la madre y su bebé durante el embarazo. Los componentes de la atención prenatal son los siguientes: el reconocimiento de los riesgos; la

prevención y el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el embarazo o concurrentes; y la promoción de la educación en salud y de la salud (OMS, 2018b).

Calidad en la atención

“Es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades” (OMS, 2020).

COVID-19

La COVID-19 es la enfermedad ocasionada por el virus SARS-CoV-2, causante del síndrome respiratorio agudo severo. Fue identificada por primera vez en noviembre de 2019 (OMS, 2020).

Discriminación

Según la Comisión Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), la discriminación “es una práctica cotidiana que consiste en dar un trato desfavorable o de desprecio inmerecido a determinada persona o grupo” (CONAPRED, s.f.). En este documento, discriminación se refiere a la práctica cotidiana que las y los informantes perciben, y no necesariamente al acto discriminatorio que debe de probarse jurídicamente (ídem).

Disponibilidad de métodos anticonceptivos

Posibilidad cierta de las y los usuarios para obtener los métodos anticonceptivos en las instituciones del Sistema Nacional de Salud de acuerdo con sus necesidades y preferencia (Secretaría de Salud, 2007).

Enfermedad inflamatoria pélvica

Inflamación de las estructuras pélvicas, útero y trompas uterinas ocasionada por la infección ascendente desde el endocérnix de una serie de microorganismos (Ross, et al., 2018).

Feminización de la migración

“Fenómeno caracterizado por la naturaleza cambiante de la migración de las mujeres, que refleja el hecho de que cada vez hay más mujeres que migran de manera independiente, en lugar de hacerlo como miembros de un hogar, y participan activamente

en el mundo laboral” (Sironi et al., 2019).

Hipertensión arterial

Cifras de tensión arterial mayores a 140/90 mm Hg en repetidas ocasiones (Unger et al., 2020).

Infección de transmisión sexual (ITS)

Según la OMS, las infecciones de transmisión sexual son aquellas que se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidas las relaciones sexuales vaginales, anales y orales. Entre aquellas con mayor incidencia se encuentran: sífilis, gonorrea, clamidiasis, tricomoniasis, hepatitis B, herpes simple, VIH y virus del papiloma humano (VPH) (OMS, 2019).

Migración irregular

“Movimiento de personas que se produce al margen de las leyes, las normas o los acuerdos internacionales que rigen la entrada o la salida del país de origen, de tránsito o de destino” (Sironi et al., 2019).

Migrante

El concepto de migrante acorde a la Ley de Migración (2011) se refiere al individuo que sale, transita o llega al territorio de un Estado distinto al de su residencia por cualquier tipo de motivación (Art. 3 fracción XVII).

Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2020), es el “término genérico no definido en el derecho internacional que, por uso común, designa a toda

persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones. Este término comprende una serie de categorías jurídicas bien definidas de personas, como los trabajadores migrantes; las personas cuya forma particular de traslado está jurídicamente definida, como los migrantes objeto de tráfico; así como las personas cuya condición o medio de traslado no están expresamente definidos en el derecho internacional, como los estudiantes internacionales” (Sironi et al., 2019).

Padecimientos sin diagnóstico

Signos y síntomas expresados por las personas entrevistadas, para los cuales no han recibido un diagnóstico al momento de la entrevista (definición de las autoras).

Persona refugiada

“[Convención de 1952]. Persona que, debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede o, a causa de dichos temores, no quiere acogerse a la protección de tal país; o que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no puede o, a

causa de dichos temores, no quiere regresar a él” (Sironi et al., 2019).

Persona solicitante de asilo

“Persona que busca protección internacional. En países con procedimientos individualizados, un solicitante de asilo es una persona cuya solicitud aún no ha sido objeto de una decisión firme por el país donde ha sido presentada. No todos los solicitantes de asilo son reconocidos como refugiados, pero todos los refugiados en estos países son inicialmente solicitantes de asilo” (Sironi et al., 2019).

Planificación familiar

Con base en la definición del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2015), en este estudio se define como el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada, orientación adecuada a las necesidades de las personas usuarias del servicio, y los servicios idóneos –incluido el método anticonceptivo de preferencia–.

Puerperio

Período también conocido como postparto que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve a su estado fisiológico anterior a la gestación después de la resolución por vía vaginal o cesárea de un embarazo de 21 semanas o más. El puerperio se divide en: 1) inmediato, las primeras 24 horas postparto; 2) temprano, la

primera semana postparto; y, 3) tardío, abarca el tiempo necesario para que el estado fisiológico de la mujer regrese a su condición pregestacional. En promedio dura entre cuatro y seis semanas postparto (CENETEC, 2014).

Salud

De acuerdo con la OMS, es un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en OMS, s.f.).

Salud mamaria

La salud mamaria es el bienestar de los órganos glandulares ubicados en el pecho. Las enfermedades mamarias incluyen la identificación de trastornos en las mamas, incluidos fibromas, carcinomas, quistes, papilomas, producción anómala de leche u obstrucción de los conductos lácteos, entre otros (definición de autoras).

Salud materna

Comprende todos los aspectos de la salud de la mujer, incluyendo el embarazo, el parto y el puerperio (OMS, 2021).

Salud menstrual

La menstruación es el proceso en el cual el útero desprende sangre y tejido a través de la vagina. La salud menstrual es el bienestar y adecuado funcionamiento de este proceso, e incluye la prevención, identificación, evaluación diagnóstica y atención de

irregularidades en el ciclo, así como de infecciones y enfermedades congénitas, metabólicas, iatrogénicas, tanto benignas como malignas, además de otras dimensiones para su gestión como es la nutrición y las relaciones de equidad de género (Kihara, 2019; UNICEF, 2020)

Salud reproductiva

De acuerdo con la OMS, la salud reproductiva incluye los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee (OMS, n.d.-b). Así, la salud reproductiva está estrechamente ligada a la salud sexual.

Salud sexual

“Estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia” (OMS, 2018a). La salud sexual está estrechamente ligada a la salud reproductiva.

Síntomas de salud sexual y reproductiva

Malestares percibidos por las mujeres en los órganos que son parte del aparato reproductor femenino, como dolor en el área

pélvica, sensación de picazón (prurito), ardor al orinar (disuria), secreción vaginal con mal olor (fétida) y ronchas o llagas (rash y lesiones cutáneas) en zona genital, preguntados durante el proceso de entrevista, como posibles indicios de ITS o necesidades en salud sexual y reproductiva (definición de las autoras).

Violencia contra las mujeres

De acuerdo con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2015), es cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público.

Violencia sexual

De acuerdo con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la violencia sexual es “cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto” (ídem).

10. Anexos

10.1 Anexo 1. Metodología

El protocolo de investigación de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética Allendale Investigational Review Board (el agosto 20 de 2020).³⁸ El estudio se llevó a cabo de acuerdo con el protocolo, llevando las medidas establecidas para que la participación en las entrevistas fuese voluntaria, así como para la obtención del consentimiento informado de todas las

personas participantes en entrevistas presenciales y a distancia, así como para el resguardo de información. Para las entrevistas presenciales se llevó a cabo el protocolo de protección sanitaria para evitar un contagio por COVID-19. No se registró ningún evento adverso durante el periodo de recolección de datos, ni posterior a este.

Procedimientos cuantitativos

Los datos de las variables se obtuvieron de los distintos sistemas de información de salud que la Secretaría de Salud tiene disponibles para consulta pública. Las fuentes de información consultadas fueron: el Subsistema de Información en Prestación de Servicios (SIS), el Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), el Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención en Salud (SINERHIAS), el Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC), mientras que autoridades sanitarias de la entidad federativa proveyó información del Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SIESA).

La matriz fue enviada a las personas enlaces de Salud Sexual y Reproductiva de ISECH para la validación de los datos recopilados en los sistemas de información y complementar la información faltante. Se recibió y revisó la información que enviaron las personas enlaces y se complementó con los datos faltantes del trimestre julio-septiembre 2020 reportados en los sistemas de información en salud. Como se mencionó antes, la información de 2020 es preliminar, y en los sistemas de información no siempre es posible desagregar los datos entre personas migrantes y no migrantes³⁹.

³⁸ <https://www.regulatoryandtechnicalassociates.com/airb>

La recolección de datos por parte de Population Council inició en Tapachula en abril de 2020 al contar con la aprobación del Institutional Review Board de Population Council (#EX2020009).

³⁹ La recolección de datos del componente cuantitativo se llevó a cabo de noviembre de 2020 a febrero de 2021.

Por otro lado, también se recolectó información sobre las capacidades instaladas para la prestación de servicios de aborto seguro en el HGT. Para ello se usó una lista de verificación con seis componentes: infraestructura esencial, insumos/instrumental sostenibles, capacidad del personal de salud, marco normativo/regulatorio, supervisión y monitoreo de los servicios, y provisión de servicios de aborto de calidad. La lista cuenta con 39 indicadores que se consideran importantes para el funcionamiento del sitio y la sostenibilidad de los servicios (octubre, 2020).

Procedimientos cualitativos

En el componente cualitativo, la población participante estuvo conformada por tres perfiles diversos: mujeres migrantes, representantes de Organizaciones de la sociedad Civil que trabaja con y para la población en movilidad, y personal operativo que labora en los servicios estatales de salud. Fueron seleccionados a través de un muestreo selectivo, donde cada informante fue elegida/o a partir de su disposición a participar, las posibilidades de ofrecer información desde su experiencia, y que cada perfil ofreciera una comprensión más amplia del fenómeno de estudio.

- **Criterios de inclusión**
 - » Mujeres migrantes: mujeres que se encontraran en cualquier etapa del proceso migratorio, independientemente de su estado legal o administrativo migratorio.
 - » Integrantes de OSC-OI: ser parte del equipo de trabajo de atención a la salud de personas en situación de movilidad y que atendiera a mujeres; trabajar temas de migración y salud.
 - » Personal de salud: ser empleada/o de los servicios de salud del estado, haber atendido a personas en situación de movilidad.

Criterios de exclusión

- General: personas cuyo estado de salud estuviese comprometido y bajo sospecha de contagio por COVID-19.
- Mujeres migrantes: mujeres que a pesar de cumplir con las características para participar en el proyecto expresaran no querer compartir su experiencia en el estudio.
- Integrantes de OSC-OI: personas empleadas y/o voluntarias cuya labor no estuviera relacionada con la atención a la salud de personas en situación de movilidad dentro de la organización; o que trabajaran sólo con hombres migrantes.
- Personal de salud: Personal activo, que haya laborado en las unidades de salud seis meses previos a la fecha de contacto. Personal que laboraba en los servicios, pero a la fecha de contacto se encontrara temporalmente suspendido de sus actividades.

Identificación de participantes

*Mujeres migrantes

Se concretaron 16 entrevistas de un total de 35 mujeres contactadas. Las mujeres migrantes invitadas a participar en las entrevistas fueron contactadas a partir del acceso al directorio de atención de Médicos del Mundo (MdM) y del enlace con 10 organizaciones colaboradoras que contribuyeron a la búsqueda. La participación en el estudio fue voluntaria, se tomaron las medidas pertinentes para anonimizar datos de identificación personal y proteger su confidencialidad. La decisión de participar o no en el estudio, no influyó o condicionó de manera alguna los servicios o recursos que proporcionan las OSC-OI. Por MdM fueron contactadas 24 mujeres, de las cuales 15 hablaban castellano y 9 otro idioma. Por parte de las organizaciones se contactaron a

11 mujeres más. Pese a establecer comunicación con las 35 mujeres, no fue posible realizar entrevistas con todas ellas, sin embargo, algunas de las participantes expresaron conocer a más mujeres en situaciones similares a las suyas, lo que a través de un muestreo por bola de nieve permitió contactar a otras potenciales participantes del estudio. Todas las mujeres que aceptaron participar en el estudio son mujeres biológicas. Estas entrevistas se desarrollaron en octubre de 2020 en las instalaciones de MdM, bajo cuidadosas medidas de bioseguridad en una habitación ventilada; se proporcionó equipo de protección personal a entrevistadas y personal entrevistador. Las entrevistas fueron audiograbadas y transcritas.

***OSC-OI**

Se concretaron 10 entrevistas de un total de 19 OSC-OI contactadas. Se generó un directorio de OSC-OI a través de la búsqueda intencionada en internet, y por contactos establecidos previamente con algunas organizaciones. El muestreo fue por conveniencia y siguiendo la técnica de bola de nieve. Se contactaron a 19 OSC-OI vía correo electrónico y por mensajería instantánea, entre los que también se consideraron albergues. De los 6 albergues considerados, solo se concretó entrevista con 1 (esto dado que con los otros 5 no se pudo dar la entrevista por falta de tiempo del

personal, o por no conseguir el número telefónico correcto). Se contactaron a 7 OSC locales de las cuales 3 tampoco tuvieron tiempo de conceder la entrevista. Por otra parte, se buscó a 6 organizaciones o agencias internacionales, de las cuales 5 concedieron la entrevista. Dado que estas entrevistas no fueron audiograbadas, el registro se realizó por medio de notas de campo para recolectar datos, y se vació la información en una máscara de captura previamente elaborada. Las entrevistas se realizaron entre abril y julio de 2020.

***Personal de salud**

Se concretaron 17 entrevistas de un total de 24 personas trabajadoras de la salud contactadas. Después de presentar el proyecto ante el Hospital General de Tapachula y el Distrito Sanitario Número VII, ambas instituciones proporcionaron un directorio con el personal de salud que cumplían con los criterios de inclusión en el estudio (arriba mencionados). De las 24 personas contactadas,

17 fueron entrevistadas, 6 no respondieron el teléfono, 1 cortó la entrevista en curso por no tener tiempo. Las conversaciones se planearon de forma presencial, pero se desarrollaron vía telefónica ante la contingencia por la pandemia de COVID-19. Las entrevistas se realizaron entre octubre y noviembre de 2020, y fueron audiograbadas y transcritas.

***Personal de la CAMDN-DSVII**

En mayo de 2021, se realizó vía remota 1 entrevista al personal de la Coordinación de Atención a Personas Migrantes y Desastres Naturales (CAMDN-DSVII).

Procesamiento de datos

Los datos cuantitativos se procesaron utilizando la máscara de captura en Excel, versión 16.35 para Office 365.

Los datos cualitativos se procesaron de la siguiente manera: las transcripciones de las entrevistas a mujeres y personal de salud, así como las notas de campo tomadas durante las entrevistas a OSC-OI, se ingresaron al software Dedoose v.8.3 para su análisis. Se construyó un libro con más de 100 códigos y categorías preestablecidas,

mismas que mediante una aproximación inductiva-deductiva guiaron el análisis de los datos. A su vez, a partir de la identificación de fragmentos del discurso se agruparon unidades de sentido que permitieron emerger nuevos códigos.

Análisis de datos

El análisis de los datos cuantitativos fue descriptivo y univariado.

Para el análisis de datos cualitativos se usó un abordaje deductivo-inductivo e iterativo. Se partió de un marco de análisis generado a través de una revisión de bibliografía sobre acceso a servicios de salud en poblaciones en movilidad y contextos humanitarios. El marco de análisis es ecológico: parte de la experiencia y necesidades de las mujeres migrantes como centro, y establece niveles de actuación, elementos necesarios para facilitar el acceso a los servicios de salud y barreras, cuando estos elementos están ausentes o son deficientes. El nivel macro se refiere al marco

normativo legal y social que habilita o no la prestación de servicios de SSR a las personas (mujeres) migrantes en Tapachula. La prestación de los servicios, el nivel meso (institucional), se define por la capacidad instalada en distintos ámbitos. Por otro lado, el nivel micro social (contexto próximo y características y experiencias de las mujeres migrantes).

El equipo responsable de este análisis estuvo conformado por una líder de proyecto y tres personas consultoras, quienes diseñaron y aplicaron una prueba interna de concordancia

y similitud para armonizar su nivel de sensibilidad para analizar los códigos. Aunado a esto, la información derivada del análisis de las entrevistas fue triangulada entre el equipo de investigación, este trabajo colaborativo dio paso a una comprobación transversal de los datos. La integración tuvo

lugar cuando los resultados iniciales permitieron establecer relaciones y patrones de sentido entre los datos, los cuales fueron contrastados y contribuyeron a crear un escenario más amplio de la información, lo que produjo un análisis conjunto.

Dificultades y limitaciones

La presente investigación tiene diversas limitaciones, algunas relacionadas con el contexto de la pandemia por COVID-19.

En cuanto a los datos disponibles sobre la atención en SSR a mujeres migrantes en servicios públicos y población alcanzada para las entrevistas, se destaca:

- No se pudieron obtener datos sobre la prestación de servicios a mujeres migrantes en las unidades de salud de Tapachula, a pesar de que sí existe un formato para registrar esta información. El tiempo requerido para lograr la sistematización de información (y la acertada prioridad a la atención a necesidades asociadas al contexto de pandemia) no permitió recabar la información.
- Otra limitante está asociada a la necesidad de ampliar el estudio para explorar la diversidad de perfiles de mujeres migrantes (ej. que no se han acercado a las OSC-OI) y organizaciones de la sociedad civil (sobre todo albergues), así como servicios de salud con presencia en la zona de estudio (atención primaria, y en albergues). El diseño del estudio con las OSC-OI y personal de salud incluía estos perfiles; sin embargo, existió la notoria dificultad para ubicar y establecer un contacto con posibles actrices y actores involucradas/os. El contexto de pandemia puede explicarlo, pues incluso cuando el contacto se lograba, la falta de tiempo y la existencia de cargas de trabajo grandes fueron razones de no participación.
- La ausencia de casos reportados de búsqueda de atención por violencia sexual entre las informantes mujeres migrantes representa una limitación en tanto la identificación de rutas, barreras y facilitadores para la atención derivado de un caso concreto.

- Por otro lado, metodológicamente, la entrevista telefónica a OSC-OI y personal de salud limita el rapport creado en el intercambio de información y la claridad en el audio (personal de salud); lo cual restringe y delimita el discurso. En cuanto a la aplicación de entrevistas cara a cara, pese al uso de un servicio de traducción, las entrevistas a mujeres haitianas dejaron notar la barrera comunicativa del lenguaje. Esto también delimitó mucho el discurso y narrativa que se pudo recolectar de estas participantes.

Tabla 9. Marco normativo y recomendaciones sobre el acceso a la salud para personas migrantes (documentadas e indocumentadas), nivel internacional

10.2 Anexo 2. Normatividad y legislación

Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948)	Art. 25: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejes y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia y la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.”
	Art 2o. inciso 2: “Los Estados Parte en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.”
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU. Asamblea General, 1966)	Art. 12. “1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”
Convención Internacional para la Erradicación de la Discriminación Racial	En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: (...) iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales;
Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares (CTTMF) (1990)	Art. 28: “Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo.”
Observación General No. 15, Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, La situación de los extranjeros con arreglo al Pacto, 27º período de sesiones, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 at 159 (1986).	“1. En los informes de los Estados Partes con frecuencia no se ha tenido en cuenta que todos los Estados Partes deben velar por que se garanticen los derechos reconocidos en el Pacto "a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción" (párrafo 1 del artículo 2). En general, los derechos reconocidos en el Pacto son aplicables a todas las personas, independientemente de la reciprocidad, e independientemente de su nacionalidad o de que sean apátridas.
	2. Así pues, la norma general es que se garanticen todos y cada uno de los derechos reconocidos en el Pacto, sin discriminación entre nacionales y extranjeros. Los extranjeros se benefician del requisito general de no discriminación respecto de los derechos garantizados, conforme al artículo 2 del Pacto. Esta garantía debe aplicarse por igual a extranjeros y nacionales. Excepcionalmente, algunos de los derechos reconocidos en el Pacto son expresamente aplicables sólo a los ciudadanos (art. 25), en tanto que el artículo 13 es aplicable sólo a los extranjeros. No obstante, la experiencia del Comité en el examen de los informes demuestra que en algunos países se niegan a los extranjeros otros derechos de los cuales deberían disfrutar, o que dichos derechos son objeto de limitaciones especiales que no siempre pueden justificarse con arreglo al Pacto.”
Organización Mundial de la Salud (OMS) Resolución WHA61.17 “Salud de los migrantes”	“La 61ª Asamblea Mundial de la Salud (...) EXHORTA a los Estados Miembros: 2) a que fomenten un acceso equitativo de los migrantes a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la atención sanitaria, de conformidad con la legislación y las prácticas nacionales, y creen mecanismos para mejorar su salud, sin discriminación por motivos de género, religión, nacionalidad o raza” (ejemplo de un listado de nueve puntos).
55.o Consejo Directivo 68a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (26 al 30 de septiembre del 2016)	“[El 55.º CONSEJO DIRECTIVO [...] RESUELVE [...] 2. Instar a los Estados Miembros, de acuerdo con su contexto, prioridades y marcos institucionales y jurídicos, a que [...] c) avancen hacia proveer a los migrantes accesos al mismo nivel de protección financiera y de servicios de salud integrales, de calidad y ampliados progresivamente del que gozan otras personas que viven en el mismo territorio, independientemente de su condición migratoria, de acuerdo con el contexto, las prioridades y los marcos institucionales y jurídicos nacionales.”

Tabla 10. Leyes en México sobre el Acceso a la Salud entre Personas Migrantes y/o Refugiadas

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Artículo 1o. “En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. (Reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2011)
	Artículo 1o. Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. (Reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2011)
	Art. 4o: “Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud (...) La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social”. (Reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 8 de mayo de 2020)
Ley General de Salud	Art 2o: “- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: “ I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; [...] V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población. Tratándose de personas que carezcan de seguridad social, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados” Fracción reformada DOF 29-11-2019.
Ley de Migración	Art 8: “Los migrantes tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica, provista por los sectores público y privado, independientemente de su situación migratoria, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables. Los migrantes independientemente de su situación migratoria, tendrán derecho a recibir de manera gratuita y sin restricción alguna, cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida. En la prestación de servicios educativos y médicos, ningún acto administrativo establecerá restricciones al extranjero, mayores a las establecidas de manera general para los mexicanos”.
	Art. 14. “Cuando el migrante, independientemente de su situación migratoria, no hable o no entienda el idioma español, se le nombrará de oficio un traductor o intérprete que tenga conocimiento de su lengua, para facilitar la comunicación”.
	Art. 27: “Corresponde a la Secretaría de Salud: I. Promover en coordinación con las autoridades sanitarias de los diferentes niveles de gobierno que, la prestación de servicios de salud que se otorgue a los extranjeros se brinde sin importar su situación migratoria y conforme a las disposiciones jurídicas aplicables”
Ley sobre Refugiados, Protección Complementaria y Asilo Político	Art. 44: “En virtud de las condiciones que presentan los refugiados al salir de su país de origen respecto de los demás extranjeros, deberán recibir las mayores facilidades posibles para el acceso a los derechos y garantías consagradas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los instrumentos de derechos humanos debidamente firmados y ratificados por el Estado Mexicano, de conformidad con las disposiciones aplicables, entre ellos: [...] II. Recibir servicios de salud”
Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia	Art. 4: “Los principios rectores para el acceso de todas las mujeres a una vida libre de violencia que deberán ser observados en la elaboración y ejecución de las políticas públicas federales y locales son: I. La igualdad jurídica entre la mujer y el hombre; II. El respeto a la dignidad humana de las mujeres; III. La no discriminación, y IV. La libertad de las mujeres.”
	Art. 18: “Violencia Institucional: Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”

10.3 Anexo 3. Operación y financiamiento del INSABI en 2020

Operativamente, las entidades federativas pueden optar por adherirse o no al INSABI (a través de acuerdos de coordinación). En caso de adherirse al INSABI, las entidades le transfieren a éste la responsabilidad de prestar servicios de salud para la población sin seguridad social en su territorio. En tanto se materializa esta transferencia de recursos materiales, humanos y financieros al INSABI, las entidades continúan siendo responsables de la prestación de servicios de salud.

Las entidades que no se adhieren al INSABI, se responsabilizan por la prestación de servicios en su territorio, los cuales son financiados por recursos federales y estatales, rindiendo cuentas a la Federación sobre estos. No obstante, todas las entidades adoptan el Modelo de Salud para el Bienestar (SABI).

A la fecha, julio 2021, 26 estados se han adherido al INSABI y 6 han optado por no hacerlo. (SSA/INSABI, 2021). Por otro lado, para cubrir las necesidades de salud de las personas sin derechohabiencia en zonas rurales, se mantiene el programa de IMSS-Bienestar (antes Prospera).

De acuerdo con datos oficiales (Secretaría de Salud/INSABI, 2021), la gratuidad de los servicios se ha ido implementando de manera progresiva y a ritmos distintos en todo el país durante 2020: eliminando las cuotas en el primer y segundo nivel de atención, con abastecimiento de medicamentos e insumos, el reconocimiento de intervenciones que ocasionan gastos catastróficos cubiertas por el Fondo de Salud para el Bienestar (para eventualmente llegar a 95) (Comité Técnico del Fondo de Salud para el Bienestar, 2020), y la exención de cuotas en hospitales e institutos de tercer nivel de atención (DOF, 2020).

La Tabla 11 resume los principales cambios en términos de financiamiento y cobertura que se implementaron en 2020.

Tabla 11. Cambios en financiamiento y cobertura después de la Reforma a la Ley General de Salud 2021

Antes de la Reforma a la Ley General de Salud en 2019	Tras la Reforma a la Ley General de Salud en 2019	Financiamiento en el programa presupuestario 2020	
Financiamiento mediante esquema público de aseguramiento público a niños y niñas menores de 5 años. Cobertura: 151 intervenciones (Reglas de operación 2019)	Financiamiento mediante cobertura universal sin necesidad de afiliación. Cobertura: 151 intervenciones (Reglas de operación para 2020).	Programa: "Seguro Médico Siglo XXI"	
Seguro Popular: Transferencias a estados de acuerdo con la población afiliada. Cobertura: 294 intervenciones especificadas en el CAUSES.	Transferencias de la Federación a los estados para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social. De acuerdo con lo establecido en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.	Programa: "Atención a la salud y medicamentos gratuitos para la población sin seguridad social laboral."	Vertiente 1: "Prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para personas sin seguridad social."
	Transferencia de recursos de la federación a entidades: -Gastos etiquetados: contratación de recursos humanos, compra de medicamentos e insumos, mantenimiento y conservación de inmuebles, mobiliario y equipamiento de unidades médicas móviles. -Se realizan de acuerdo con lo establecido en los convenios de colaboración con cada entidad y con el IMSS (para el programa IMSS-Bienestar).		Vertiente 2: "Fortalecimiento de redes de servicios de salud (dirigido a establecimientos de salud fijos y móviles de las 32 entidades federativas)."
Fondo de Protección contra gastos catastróficos. Transfería recursos a las entidades para la atención de enfermedades catastróficas. Cobertura: 66 intervenciones	El programa adquiere y entrega en especie a prestadores de servicios médicos e insumos que se requieren para la atención de enfermedades que se consideran catastróficas. Cobertura: 66 intervenciones, con la intención de ampliar progresivamente la cobertura a 95 intervenciones.	Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI)	

Fuentes: Elaboración de las autoras con información de: CNPSS 2019; Comité Técnico del Fondo de Salud para el Bienestar, 2020; Consejo de Salubridad General, 2020; DOF, 2019b; Secretaría de Salud/INSABI, 2021.

11. Referencias

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR (s.f.). ¿Cómo solicitar ser refugiado en México?, México. Recuperado el 13 de julio de 2021, de <https://help.unhcr.org/mexico/como-solicitar-la-condicion-de-refugiado-en-mexico/>
- Amnistía Internacional (2010). Víctimas invisibles. Migrantes en movimiento en México. [versión electrónica] <https://www.amnesty.org/en/documents/AMR41/014/2010/es/>
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2006). El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Nota del Secretario General. Informe del Consejo de Derechos Humanos, 52000, 1-10.
- (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M. E. D. T., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 36, 375-392. Recuperado de <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, CENETEC. (2014). Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México. Secretaría de Salud.
- Código Penal del Estado de Chiapas (2020). México. Recuperado de https://www.congresochiapas.gob.mx/new/Info-Parlamentaria/LEY_0012.pdf?v=Mjc=
- Colchero, M. A., Gómez, R., Figueroa, J. L., Rodríguez-Atristain, A., & Bautista-Arredondo, S. (2020). Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018. *Salud Publica de Mexico*, 62(6), 851-858. Recuperado de <https://doi.org/10.21149/11547>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos, CNDH. (2018). Informe Especial. La problemática de niñas, niños y adolescentes centroamericanos en contexto de migración internacional no acompañados en su tránsito por México, y con necesidades de protección internacional.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud, CNPSS (2019). Catálogo Universal de Servicios de Salud. CAUSES 2019. Recuperado de http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES_2019_Publicaci%C3%B3n.pdf
- Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados, COMAR (2017). Estadísticas 2013-2017. Secretaría de Gobernación. México. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/290340/ESTADISTICAS_2013_A_4TO_TRIMESTRE_2017.pdf
- (2019). Estadísticas de solicitantes de la condición de refugiado en México. Estadística General, 1. México. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/538384/CIERRE_DE_FEBRERO_2020__01-mar-2020_.pdf

- (2021). Solicitudes de condición de refugiado. Comisión Mexicana de Ayuda para Refugiados. Secretaría de Gobernación. México. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/626835/CIERRE_Junio-2021_1-Julio-2021_.pdf
- Comité Técnico del Fondo de Salud para el Bienestar (2020). Reglas de Operación del Fondo de Salud para el Bienestar. México. Recuperado de <https://www.gob.mx/insabi/documentos/reglas-de-operacion-del-fondo-de-salud-para-el-bienestar>
- Consejo Danés para Refugiados & Servicio Jesuita a Refugiados (2020). Informe de monitoreo de protección. Recuperado de https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/informe_de_monitoreo_de_proteccion_-_mexico_-_drc_jrs_-_oct_a_dic_2020.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL. (2020). Informe de Pobreza y Evaluación 2020. Chiapas. México.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, CONAPRED (n.d.). Discriminación e Igualdad. México. Recuperado el 26 de abril de 2021, de https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=84&id_opcion=142 &op=142
- Consejo de Salubridad General (2020). Compendio Nacional de Insumos para la Salud. Versión Digital, Informativa y Enunciativa. México. Recuperado de <http://www.csg.gob.mx/Compendio/CNIS/cnis.html>
- Dirección General de Información en Salud, DGIS (2020). Catálogo CLUES. Secretaría de Salud. México. Recuperado de http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html
- (2021). Sistemas de Información en Salud. Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/subsistema1.html>
- Diario Oficial de la Federación, DOF. (2016a). MODIFICACIÓN de los puntos 6.4.2.7, 6.4.2.8, 6.6.1 y 6.7.2.9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar. Secretaría de Gobernación. México. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016
- (2016b). NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. México. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
- (2019a). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. México. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019
- (2019b). ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio fiscal 2020. México. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5583029&fecha=28/12/2019
- (2019c). Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. México.
- (2020). Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten

- servicios de atención médica. México. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5606225&fecha=30/11/2020
- Domínguez-Alonso, E., & Zacca, E. (2011). Sistema de Salud de Cuba. *Salud Publica de Mexico*, 53 (SUPPL. 2).
- El Colegio de la Frontera Norte, COLEF. (2020). Perfiles, dinámicas y perspectivas en torno a la situación de las personas refugiadas en México. Recuperado de <https://www.colef.mx/estudiosdeelcolef/perfiles-dinamicas-y-perspectivas-en-torno-a-la-situacion-de-las-personas-refugiadas-en-mexico/>
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.). (2021). Aborto y la SCJN: línea de tiempo. Recuperado de <https://gire.org.mx/plataforma/linea-del-tiempo-aborto-y-la-scjn/>
- Gobierno de México y Secretaría de Salud (2020). Intervenciones De Aps-I Mx En Los Distritos De Salud.Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. México. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/557320/3.1_VERSION_DIGITAL_20-06-2020_Intervenciones_de_APS-I_Mx_en_DS.pdf
- Gómez-Dantés, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J, O. (2011). Sistema de salud de México (Vol. 53, Issue 2, pp. s220–s232). Instituto Nacional de Salud Pública. México. Recuperado de <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5043>
- González-Block, M. Á., Reyes Morales, H., Cahuana Hurtado, L., Balandrán, A., & Méndez, E. (2020). Health system review. In World Health Organization (Vol. 22, Issue 2). México. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334334/HIT-22-2-2020-eng.pdf>
- González, J., Zapata, R., & Anguiano, M. (2017). Migración centroamericana en tránsito por México. *La Situación Demográfica de México 2016*, 221–232. México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2015). Planificación Familiar. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2020). Censo Nacional de Población y Vivienda, 2020. México. Recuperado de <https://censo2020.mx/>
- Instituto Nacional de Migración, INM. (2019). Enero – Abril 2018-2019 Niñas, Niños y Adolescentes Acompañados y No Acompañados presentados ante el INM. Secretaría de Gobernación. México. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/465361/ESTADISTICAS_ninos_ninas_adolescentes.pdf
- International Organization for Migration, IOM. (2019). World Migration Report 2020. UN. Recuperado de <https://doi.org/10.18356/b1710e30-en>
- Ipas CAM (2020). Acceso a la salud Sexual, Reproductiva, y de Género en usuarias migrantes en los estados de Chiapas y Tabasco. México. [documento interno]
- Ipas CAM (2020). Lista de Verificación de la Capacidad Instalada para la Prestación de Servicios de Aborto Seguro en el Hospital General de Tapachula. México. [documento interno]
- Juárez, S. P., Honkaniemi, H., Dunlavy, A. C., Aldridge, R. W., Barreto, M. L., Katikireddi, S. V., & Rostila, M. (2019). Effects of non-health-targeted policies on migrant health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 7(4), e420–e435. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30560-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30560-6)

- Kihara, A. (2019). Salud menstrual y derechos de las mujeres. De la menarquia a la menopausia: la salud materna y el sangrado vaginal a través del curso de la vida reproductiva. Recuperado de <https://www.figo.org/es/news/salud-menstrual-y-derechos-de-las-mujeres>
- Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2015). México.
- Ley General de Salud (2021). México. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_190221.pdf
- Ley de Migración (2011) México. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LMigra_070121.pdf
- Leyva-Flores, R., Infante, C., Gutierrez, J. P., Quintino-Perez, F., Gómez-Saldivar, M. J., & Torres-Robles, C. (2019). Migrants in transit through Mexico to the US: Experiences with violence and related factors, 2009-2015. PLoS ONE, 14(8), 2009-2015. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220775>
- Leyva, R., Infante, C., Serván, E., Quintino, F., & Silverman, O. (2015). Acceso a servicios de salud para los migrantes centroamericanos en tránsito por México. Policy Brief Series, PB05, CIESAS: Guadalajara, México. Recuperado de www.canamid.org
- Leyva Flores, R., Infante Xibillé, C., & Quintino Pérez, F. (2016). Migrantes en tránsito por México: situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud.
- Leyva Flores, R., Infante Xibillé, C., & Quintino Pérez, F. (2019). Migrantes en tránsito por México: situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud. Migraciones internacionales. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Recuperado de <https://doi.org/10.2307/j.ctvbcd00t.13>
- Leyva-Flores, R., & Quintino-Perez, F. (2011). Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. In Instituto Nacional de Salud Pública (Primera ed). Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Marco Integral Regional para la Protección y Soluciones, MIRPS (2020). Hacia la implementación del MIRPS en Centroamérica y México - Notas conceptuales sobre compromisos selectos. Recuperado de <https://www.refworld.org/es/docid/5fcfa0844.html>
- Martínez, C. (2019). Aumenta 132% migración infantil. Instituto Nacional de Migración.
- Médicos Sin Fronteras. (2020). Sin Salida: La crisis humanitaria de la población migrante y solicitante de asilo. Recuperado de <https://www.msf.mx/document/informe-sin-salida>
- Misión de Observación de Derechos Humanos en la Frontera Sur de México, MODH (2020). Informe de hallazgos de la misión de observación de derechos humanos en la frontera sur de México. Misión de Observación de Derechos Humanos. México. Recuperado de <https://gtpm.mx/wp-content/uploads/2020/12/Informe-Final-MODH-2020.pdf>
- Mladovsky, P., Ingleby, D., McKee, M., & Rechel, B. (2012). Good practices in migrant health: The European experience. Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London, 12(3), 248-252. Recuperado de <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.12-3-248>

- Morley, S. P., Helton, A., & Phillips, N. (2021). Un viaje de esperanza: La migración de mujeres haitianas a Tapachula, México. 149. Recuperado de <https://imumi.org/wp-content/uploads/2021/03/Un-viaje-de-esperanza-La-Migracion-de-Mujeres-Haitianas-a-Tapachula-Mexico.pdf>, <https://imumi.org/wp-content/uploads/2021/03/Un-viaje-de-esperanza-La-Migracion-de-Mujeres-Haitianas-a-Tapachula-Mexico.pdf>
- Nájera Aguirre, J. N. (2016). El complejo estudio de la actual migración en tránsito por México: Actores, temáticas y circunstancias. *Migraciones Internacionales*, 8(3), 255–266.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, OACNUDH (2021). Los derechos a la salud sexual y reproductiva. Recuperado de <https://www.ohchr.org/SP/Issues/Women/WRGS/Pages/HealthRights.aspx>
- Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD. (2019) Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
- Organisation for Economic Co-operation and Development/The World Bank. (2020). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Recuperado de <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
- Organización Internacional para las Migraciones, OIM (2019). Diagnóstico para monitoreo de flujos y seguimiento a la movilidad. Tapachula, Chiapas, México. 1–28. Recuperado de <https://dtm.iom.int/reports/mexico-diagnostico-para-monitoreo-de-flujos-y-seguimiento-la-movilidad>
- Organización Mundial de la Salud, OMS (n.d.-a). ¿Cómo define la OMS la salud? Recuperado el 26 de abril de 2021, de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- (n.d.-b). Salud reproductiva. Recuperado el 26 de abril de 2021, de https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
- (2018a). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Human Reproduction Programme, 1–12. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- (2018b). Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para el control Prenatal. Organización Panamericana de la Salud (Ed.), Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1
- (2019). Infecciones de transmisión sexual.
- (2020). Servicios sanitarios de calidad. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- (2020). Información básica sobre la COVID-19. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
- (2021). Salud materna. Recuperado de https://www.who.int/topics/maternal_health/es/#:~:text=La salud materna comprende todos, enfermedad e incluso de muerte.
- Organización de las Naciones Unidas, ONU (1948). La Declaración Universal de Derechos Humanos.

- Osorio, RM. (2019). Los consultorios anexos a farmacias como primer nivel de atención privada a los padecimientos. Recuperado de <https://tecotl.ciesas.edu.mx/numero-especial-3-ciesas/los-consultorios-anexos-a-farmacias-como-primer-nivel-de-atencion-privada-a-los-padecimientos>
- Pan American Health Organization, PAHO. (2012). Declaración De Alma-Ata. Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978, 8-10.
- Pérez-Cuevas, R., Doubova, S. V., Wirtz, V. J., Serván-Mori, E., Dreser, A., & Hernández-Ávila, M. (2014). Effects of the expansion of doctors' offices adjacent to private pharmacies in Mexico: Secondary data analysis of a national survey. *BMJ Open*, 4(5). Recuperado de <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004669>
- Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes, REDODEM (2018). Procesos migratorios en México. Nuevos rostros, mismas dinámicas. 247. Recuperado de https://fm4pasolibre.org/wp-content/uploads/2019/09/REDODEM-Informe-2018_compressed.pdf
- (2020). Migraciones en México: fronteras, omisiones y transgresiones Informe 2019. Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes. Recuperado de https://redodem.org/wp-content/uploads/2020/09/REDODEM_Informe_2019.pdf
- Reich, M. R. (2020). Restructuring Health Reform, Mexican Style. *Health Systems & Reform*, 6(1), e1763114. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/23288604.2020.1763114>
- Ross, J., Guaschino, S., Cusini, M. & Jensen, J. (2018). Guía Europea 2017 para el manejo de la Enfermedad inflamatoria pélvica. *International Journal of STD and AIDS* 29(2) 108-114
- Secretaría de Gobernación (2019). Boletín Mensual de Estadísticas Migratorias 2019. Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas. México. Recuperado de http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadisticas/Boletines_Estadisticos/2019/Boletin_2019.pdf
- Secretaría de Gobernación (2021). Boletines Estadísticos. Unidad de Política Migratoria Registro e Identidad de las Personas. México. Recuperado de http://portales.segob.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Boletines_Estadisticos
- Secretaría de Salud (2007). Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de Planificación Familiar. Modificada 2004-México en Red. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom//67ssa17.html>
- (2009). Nom-046-Ssa2-2005. Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. 1-27. México. Recuperado de https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/LeyesNormasReglamentos/NormaOficialMexicana/NOM-046-SSA2-2005_ViolenciaFamiliarSexual.pdf5
- (2014). Otorgan Seguro Popular a Migrantes. México. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/otorgan-seguro-popular-a-migrantes-7519>
- (2019). Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx: La propuesta metodológica y operativa. Gobierno de México. México.

- (2019a). Cierre Estadístico del Subsistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) 2019. México. Recuperado de http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/sicuentas/Cierre_2019_base2013.pdf
- (2020a). 100. Autoridades federales y locales deben garantizar acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en emergencia sanitaria por COVID19. Comunicado del 6 de abril de 2020. México. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/100-autoridades-federales-y-locales-deben-garantizar-acceso-a-servicios-de-salud-sexual-y-reproductiva-en-emergencia-sanitaria-por-covid19>
- (2020b). Modelo de Salud para el Bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud. Gobierno de México. México. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/631068/2021_Modelo_SABI_FINAL_17_feb_21.pdf
- (2020c). Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. México.
- (2020d). Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Secretaría de Salud. México.
- Secretaría de Salud, Instituto de Salud para el Bienestar, INSABI (2021). Informe Anual de Actividades 2020. México. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/634209/1ER_INFORME_ANUAL_DE_ACTIVIDADES_DEL_INSABI.pdf
- Sironi, A., Bauloz, C., & Emmanuel, M. (2019). International Migration Law. Glossary on Migration. International Organization for Migration (IOM), 224.
- Starrs, A. M., Ezech, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., Coll-Seck, A. M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z. A., Say, L., Serour, G. I., Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., & Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, 391(10140), 2642–2692. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)
- Suprema Corte de Justicia de la Nación, SCJN (2021). La limitación temporal para la interrupción legal del embarazo producto de una violación, constituye un acto de violencia contra la mujer que atenta contra sus derechos al libre desarrollo de la personalidad y a la salud mental: Primera Sala. Comunicado de prensa No. 196/2021. Recuperado el 16 de julio de 2021, de: <https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=6504>
- Temores-Alcántara, G., Infante, C., Caballero, M., Flores-Palacios, F., & Santillanes-Allande, N. (2015). Mental health of undocumented migrants in transit at the southern border of Mexico. *Salud Publica de Mexico*, 57(3), 227–233. Recuperado de <https://doi.org/10.21149/spm.v57i3.7561>
- Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N.A., Poulter, N.R., Prabhakaran, D., Ramírez, A., Schlaich, M., Stergiou, G.S., Tomaszewski, M., Wainford, R.D., Williams, B., Schutte, A.E. (2020). 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension* 75:6.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF (2020). Manual sobre salud e higiene menstrual para facilitadoras y facilitadores. 1–120.
- Varela, A. (2019). México, de “Frontera Vertical” a “País Tapón”. Migrantes, Deportados, Retornados, Desplazados internos y Solicitantes de Asilo en México. *Revista de Ciencias Sociales de La Universidad Iberoamericana.*, 27(50–76). Recuperado de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2110/211062829005/211062829005.pdf>
- Zak, D. (2020). Immigration-related Executive Actions During the COVID-19 Pandemic. National Immigration Forum.