



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

Servicios de salud en Ciudad de México: un estudio exploratorio
sobre la atención de necesidades de salud sexual y reproductiva a
mujeres centroamericanas migrantes

Tesis presentada por

Sandra Leticia Estrada Cedillo

para obtener el grado de

**MAESTRA EN ESTUDIOS DE MIGRACIÓN
INTERNACIONAL**

Tijuana, B.C., México
2024

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Directora de Tesis: Teresa Elizabeth Cueva Luna

Codirector de Tesis: José Israel Ibarra González

Aprobada por el Jurado Examinador:

1. Dra. María Hilda García Pérez, lectora.
2. Dra. Yetzi Rosales Martínez, lectora.

DEDICATORIA

A mis padres, quienes siempre me han impulsado a salir adelante, por más difícil que parezca el reto, y quienes me han brindado siempre su protección y cariño. Por todas las pláticas que tuvimos sobre seguir adelante y no rendirse, que recuerdo cada vez que me siento perdida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco El Colegio de la Frontera Norte por ofrecer un posgrado en línea para que las personas como yo, que residimos en una ciudad lejos de la frontera norte del país, podamos tener acceso a un posgrado en Migración Internacional sin tener que desplazarnos a otra entidad federativa. El acceso a la educación a distancia me permitió desempeñar mis actividades profesionales y personales en mi lugar de residencia y al mismo tiempo estudiar en una de las instituciones educativas más importantes del país.

Agradezco a mis profesores de la Especialidad en Migración Internacional, quienes proporcionaron las bases teóricas para la comprensión del fenómeno migratorio a nivel mundial y a nivel local. También agradezco a mis tutores del Seminario de Evaluación, ya que fueron el pilar y el primer paso hacia el desarrollo de esta tesis.

Agradezco a mi directora de tesis, la Dra. Teresa E. Cueva Luna, quien desde un inicio mostró entusiasmo por mi tema de investigación y quien siempre me brindó consejos y orientación para llevarla a cabo. Siempre me orilló a buscar el lado positivo y a no desanimarme. Agradezco igualmente a mi codirector de tesis, el Dr. José Israel Ibarra González, quien me apoyó también durante el Seminario de Evaluación y quien desde un inicio me orientó para encaminar mi investigación hacia el lado correcto y cuyos consejos y sugerencias durante el proceso de escritura me ayudaron a plasmar mis ideas en estas líneas. Sin ustedes no hubiera sido posible la culminación de este proyecto.

Expreso mi gratitud a mis padres y mi familia por estar presentes en este proceso, por siempre estar al pendiente de mí y de mis avances y por motivarme en los momentos en que pensé que no lo lograría.

RESUMEN

Las mujeres en contextos de movilidad que transitan desde Centroamérica hacia México y Estados Unidos se enfrentan durante su trayecto a distintas barreras y limitaciones para el ejercicio de sus derechos fundamentales, y se encuentran expuestas a distintos riesgos y situaciones de vulnerabilidad. A pesar de que en México el derecho a la salud y al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva está garantizado en la Constitución Política para todas las personas en territorio nacional, incluyendo a las personas migrantes, la realidad muestra que aún existen muchas limitaciones para las personas migrantes en condición migratoria irregular. Las mujeres migrantes encuentran en México dificultades para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva por parte de instituciones públicas, ya sea por falta de insumos, falta de recursos o de personal capacitado para brindar atención. El objetivo de esta investigación es realizar un análisis sobre el efecto del instrumento de política pública impulsado desde el inicio del sexenio del presidente Andrés Manuel López Obrador (2019-2024), llamado Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante, particularmente en lo referente al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres en movilidad. Se utilizó una metodología cualitativa de estudios de caso para analizar diferentes perspectivas y comparar distintos contextos que ayuden a formar un panorama amplio en el contexto de la capital del país.

Palabras clave: Salud sexual y reproductiva, mujeres migrantes, política pública, Ciudad de México

ABSTRACT

Women in mobility contexts traveling from Central America to Mexico and the United States face various barriers and limitations to the exercise of their fundamental rights during their journey. They are exposed to different risks and situations of vulnerability. Despite the fact that in Mexico the right to health and access to sexual and reproductive health services are guaranteed in the Political Constitution for all persons in national territory, including migrants, the reality shows that there are still many limitations for migrants in irregular migratory status. Migrant women face various difficulties in Mexico to get access to sexual and reproductive health services from public institutions due to lack of supplies, resources, or trained personnel to provide care. The objective of this research is to conduct an analysis on the effect of the public policy instrument launched at the beginning of the current administration, called the Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante, on access to sexual and reproductive health services for women in mobility in Mexico City. A qualitative case study methodology was used to analyze different perspectives and compare various contexts to provide a comprehensive overview within the capital city's context.

Keywords: *Sexual and reproductive health, migrant women, public policy, Mexico City*

SIGLAS Y ABREVIATURAS

- ACNUDH:** Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
- ACNUR:** Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
- CAUSES:** Catálogo Único de Servicios de Salud
- CEC:** Clínica Especializada Condesa
- CEPAL:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- COMAR:** Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados
- COVID-19:** Enfermedad causada por el coronavirus SARS-CoV-2
- INSABI:** Instituto de Salud para el Bienestar
- INSP:** Instituto Nacional de Salud Pública
- ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual
- LGBTTTIQ+:** Siglas utilizadas para referirse a la comunidad de personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Travesti, Transexuales, Intersexuales y Queer
- OIM:** Organización Internacional para las Migraciones
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- ONG:** Organización No Gubernamental
- ONU:** Organización de las Naciones Unidas
- PIASM:** Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante
- PIDESC:** Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- PNUD:** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- SEDEREC:** Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades
- SEPI:** Secretaría de Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades Indígenas Residentes
- SIBISO:** Secretaría de Inclusión y Bienestar Social
- SPSS:** Sistema de Protección Social en Salud
- SSyR:** Servicios de Salud Sexual y Reproductiva
- TLCAN:** Tratado de Libre Comercio de América del Norte
- UPMRIP:** Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas
- VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	2
Capítulo I. La migración femenina centroamericana y las determinantes de la salud sexual y reproductiva	14
1.1. Marco histórico y contextual - Antecedentes.....	14
1.2. Ubicación geográfica del estudio - Datos geográficos y estadísticas migratorias de la Ciudad de México	17
1.3. Diagnóstico de la situación actual	21
1.4. Marco histórico y contextual: Participación femenina en los movimientos migratorios de Centroamérica a México	25
1.4.1. Violencia de género: un factor de expulsión de mujeres en busca de un futuro mejor.....	25
1.4.2. Perspectiva de género en el estudio de la migración.....	27
1.4.3. Migración y salud.....	30
1.4.5. La <i>feminización</i> de la migración	33
1.5. Marco legal	35
1.6. Marco normativo para protección a la salud de las mujeres migrantes.....	43
Capítulo II. Políticas públicas de salud migratoria: una evaluación al funcionamiento y pertinencia del PIASM en materia de salud femenina.....	45
2.1. Aterrizando el concepto de política pública	45
2.2. Políticas públicas en materia migratoria en México.....	47
2.3. Políticas públicas de salud migrante y su relevancia en la garantía y protección de los derechos humanos de la población en movilidad.....	49
2.4. El Plan Integral de Atención de la Salud de la Población Migrante como propuesta de solución a las necesidades de salud migrante femenina.....	50
2.5. Intencionalidad del proyecto de evaluación.....	55
Capítulo III. Diseño metodológico.....	56
3.1. Estrategia metodológica	56
3.2. Los estudios de caso como recurso metodológico	57
3.3. Preguntas de investigación e hipótesis.....	58
3.4. Objetivo general	59
3.4.1. Objetivos específicos.....	60
3.5. Hipótesis.....	60
3.6. Descripción de la metodología.....	61
3.7. El cuestionario como técnica de investigación.....	68
3.8. Ajustes al diseño del estudio	71
Capítulo IV. Resultados y discusión: La atención a la salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes desde la sociedad civil organizada.....	73

4.1. Perfil de las participantes en el estudio	77
4.1. Resultados generales.....	79
4.4. Principales similitudes: las alianzas entre actores como factor relevante en la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en movilidad.....	89
4.4.1. Principales diferencias: la atención a la salud sexual y reproductiva femenina y la prioridad con que se atienden estas necesidades	90
4.5. Limitaciones del estudio.....	93
<i>Conclusiones y recomendaciones.....</i>	95
<i>BIBLIOGRAFÍA.....</i>	97
<i>ANEXOS.....</i>	108
Anexo 1. Listado de organizaciones, albergues, instituciones y personas contactadas para aplicación de cuestionario.....	112
Anexo 2. Ejemplo de correo electrónico de invitación a participar en el estudio	125
Anexo 3. Cuestionario	126
Anexo 4. Cuadro de referencia para elaboración de cuestionario. Tomado del estudio elaborado por Larrea-Schiavon y colaboradoras, 2021.....	131

ÍNDICE DE MAPAS, TABLAS Y FIGURAS

<i>Mapa 1. Región de México.....</i>	<i>17</i>
<i>Mapa 2. Puntos estratégicos en la ruta migratoria.....</i>	<i>18</i>
<i>Tabla 1. Personas extranjeras por alcaldía y sexo en Ciudad de México, 2020.....</i>	<i>19</i>
<i>Tabla 2. Demarcaciones territoriales con mayor número de población migrante en la Ciudad de México, 2020.....</i>	<i>20</i>
<i>Figura 1. Ciclo de vida de las políticas públicas.....</i>	<i>46</i>
<i>Figura 2. Distribución de la coordinación operativa del PIASM.....</i>	<i>52</i>
<i>Tabla 3. Acciones determinadas y responsables estipuladas en el PIASM.....</i>	<i>53</i>
<i>Tabla 4. Clasificación de actores contactados por sector.....</i>	<i>65</i>
<i>Tabla 5. Clasificación de actores que respondieron cuestionario por nombre y tipo de actor.....</i>	<i>77</i>

INTRODUCCIÓN

La migración ha sido una actividad presente y constante en la historia de la humanidad. Aunque existen diferentes definiciones del concepto de migración, puede definirse de manera general como “un desplazamiento o cambio de residencia de una persona o grupo de personas de manera temporal o permanente hacia otro lugar, con la intención de satisfacer alguna necesidad”¹. Cuando se habla de migración internacional, se establece, naturalmente, el carácter internacional del desplazamiento, es decir, el cruce de fronteras internacionales para buscar la residencia temporal o permanente en el país de destino.

Organismos internacionales como la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) acotan que los movimientos migratorios tienen su origen en la búsqueda de trabajo o de mejora en las condiciones laborales o económicas; por motivos de reunificación familiar o de estudios. Otros motivos incluyen la necesidad de escapar de conflictos, persecuciones, terrorismo, violaciones a derechos humanos en el país de origen o por cuestiones relacionadas con factores climáticos, como los efectos adversos del cambio climático o desastres ambientales. Entre los factores intervinientes contra derechos humanos de las personas migrantes, llaman especialmente la atención las violencias con base en el género y sus repercusiones en su salud sexual y reproductiva en un sentido sistémico, sobre todo por la paradoja que se plantea entre la perspectiva de derechos humanos y la falta de atención en este tipo de políticas para la población migrante.

En las últimas décadas, los procesos migratorios internacionales se han convertido en acontecimientos sociales que reciben cada vez más atención por parte de los estudiosos de las Ciencias Sociales, quienes buscan profundizar no solo en las causas sino en los impactos de este fenómeno social desde distintos ángulos y perspectivas. Las sociedades se encuentran

¹ La bibliografía existente demuestra que son varias las aproximaciones que pueden encontrarse para definir y explicar el concepto de migración. La definición empleada en este texto es una composición de distintas definiciones, propuestas por diferentes autores, con la intención de contar con un panorama muy general sobre el concepto. Véase en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4391739.pdf> el texto de Amparo Micolta, de la Universidad Nacional de Colombia, en el que se abordan las diferentes teorías y conceptos relacionados con el estudio de las migraciones internacionales, así como las distintas definiciones del concepto de migración internacional y las diferentes perspectivas en torno a éste.

en constante transformación social, económica y política, y los procesos migratorios internacionales están estrechamente vinculados con dichos cambios. Son muchos los países en el mundo que se encuentran involucrados, de forma directa o indirecta con la movilidad humana, ya sea como origen, tránsito, destino o retorno de personas (Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas, 2021).

La migración es un proceso social cuyas implicaciones políticas, económicas, sociales y culturales son determinantes para los propios individuos que atraviesan por un proceso de movilidad.

En este sentido, es de especial relevancia el estudio de barreras a las que se enfrentan las personas en contextos de movilidad, tales como los procesos de regularización de la situación jurídica (y, por ende, el acceso a diferentes servicios, incluido el de salud). Como consecuencia de esto, cobran relevancia también fenómenos discriminatorios por origen nacional o étnico, género, nivel educativo, edad o estado de salud, creencias, costumbres e idioma (Urzúa, 2015 y Cabieses, et. al., 2017; citado en Leal-Jofré, et al., 2022). Al parecer, los esfuerzos dirigidos por instituciones de desarrollo internacional y de los gobiernos involucrados en la provisión de derechos humanos elementales para las poblaciones movilizadas es insuficiente hasta ahora, si bien sosteniendo una mirada que distinga los procesos que están ocurriendo según regiones y/o países en el mundo.

Cada año, miles de personas emigran desde los países del norte de Centroamérica hacia Estados Unidos en busca de mejores oportunidades de vida; huyendo de violencia (incluyendo la violencia de género), inseguridad y pobreza extrema, entre muchas otras razones. Un número significativo de personas migrantes centroamericanas logran llegar a Estados Unidos y asentarse en ese país. Similarmente, un número cada vez mayor de personas llega a México con el objetivo de obtener la condición de refugiado, o bien, buscando el asentamiento de manera temporal. Otros más ingresan al país y permanecen a la espera de la resolución de los trámites de regularización migratoria.

Para hacer un análisis de la migración con perspectiva de género es necesario primero hacer referencia a la forma en la cual se ha visibilizado el rol de las mujeres en la migración en las

últimas décadas, y cómo los procesos migratorios se han transformado con el paso del tiempo. En la década de los ochenta, los autores en la materia analizaban los movimientos migratorios masculinos, y no solían mencionar la participación de las mujeres; en los casos en que se mencionaba la migración femenina, se calificaba a las mujeres como dependientes de los hombres, ya fuera como esposas o hijas acompañantes o como mujeres cuyos padres decidían enviar a otras ciudades o países para desempeñar labores domésticas o de cuidados (Tuñón y Rojas, 2012). Por lo anterior, la movilidad de las mujeres era considerada como un reflejo de la de su contraparte masculina, desestimando los motivos subyacentes de las mujeres para emigrar.

Es a partir de la década de los ochenta y noventa que se profundizó en la investigación de la participación de las mujeres en la migración, lo que reveló la complejidad no sólo del fenómeno migratorio *per se*, sino de los roles de género y las relaciones de género en distintos contextos socioeconómicos (Tuñón y Rojas, 2012). Aunque los estudios sobre migración femenina tienen una historia relativamente nueva, la incorporación del enfoque de género en las investigaciones sobre migración ha permitido conocer las particularidades del proceso migratorio en el que participan las mujeres, las dinámicas y retos que enfrentan de manera diferenciada y la influencia de las desigualdades en el país de origen, en los países de tránsito y en el país de destino.

La perspectiva de género ha permitido enfatizar que las causas, modalidades e impactos de la migración en las mujeres no necesariamente son similares a las de los hombres, y a su vez, ha abierto la puerta a un nivel de análisis que considere el doble vínculo que existe en esta materia: por un lado, la migración influye en las relaciones de género a través de la afirmación o transformación de las desigualdades y roles tradicionales de género; por otro lado, las relaciones de género influyen en la conformación y características de los flujos migratorios (Tuñón y Rojas, 2012). Petrozziello (2012), argumenta que es la perspectiva de género la que permite enfocarse en las diferencias y desigualdades sociales entre hombres y mujeres. Independientemente de la motivación para migrar, la decisión que toman los individuos, sean

hombres o mujeres, está condicionada por las relaciones de género y las jerarquías dentro de las familias o los roles de género impuestos a nivel social y familiar, influyendo, a su vez, en la forma en que las personas migran o cómo envían recursos a su país de origen (Jolly y Reeves, 2005; Tuñón y Rojas, 2012). En los capítulos subsecuentes se profundizará sobre este tema, vinculado con el concepto de “feminización de la migración”.

De acuerdo con información publicada en el Informe Sobre las Migraciones en el Mundo 2022² de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), hasta el año 2020 se contabilizaban 281 millones de migrantes internacionales, de los cuales, el 47.9% correspondía a mujeres y el 52.1% a hombres³. A la fecha de redacción del presente trabajo (mayo de 2024), se encuentra recientemente publicado el Informe Sobre las Migraciones en el Mundo 2024⁴, mismo que refleja la información disponible hasta el momento. De acuerdo con este informe, el número estimado de migrantes internacionales en el mundo es de 281 millones (cifra igual a la del último reporte), y la proporción estimada de mujeres migrantes es de 48%.

La movilidad femenina no es un fenómeno nuevo: la presencia de mujeres en los flujos migratorios cobró notoriedad desde finales del siglo XIX, cuando comenzó a considerarse a las mujeres como actores relevantes en los procesos migratorios (Valido Alou, 2023). Las investigaciones enfocadas en los movimientos migratorios femeninos orientan el análisis hacia las transformaciones de las dinámicas familiares, los problemas específicos de las mujeres antes, durante y después del movimiento, los roles de género y las determinantes de la migración femenina, por ejemplo.

² Este informe fue la primera publicación de la OIM sobre el estado de las migraciones en el mundo después de la pandemia por COVID-19, ya que la anterior entrega fue publicada en octubre de 2019. Desde entonces, y a partir de la pandemia, las estadísticas sufrieron cambios significativos y los movimientos se complejizaron debido a las restricciones a la movilidad transfronteriza que impusieron las distintas naciones en el mundo para prevenir la propagación del virus.

³ De acuerdo con el Informe mencionado, estos porcentajes corresponden a las cifras de 146 millones de migrantes de sexo masculino y 135 millones de migrantes del sexo femenino. Véase: <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2022>

⁴ Publicado únicamente en inglés hasta el momento y de forma digital el 07 de mayo de 2024. Véase: <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2024>

El reconocimiento de la complejidad que representa el estudio de la migración como fenómeno social, permite acoger la idea de que el estudio de las migraciones femeninas es, por sí mismo, un nivel de análisis multidimensional y retador, pues debe considerar la profundización del estudio con base en las particularidades de las mujeres y de los grupos femeninos y sus movilizaciones, así como el impacto diferenciado que genera en la región de América Latina y en los países de acogida.

La *feminización* de las migraciones es un concepto que se acuñó para aludir al aumento significativo de participación femenina en las dinámicas migratorias, pero, de acuerdo con Valido Alou (2023), no se limita únicamente al análisis de la variación en las cifras globales de movimientos migratorios ni al cambio en las tendencias de movilidad internacional, sino que se utiliza para expresar la compleja relación entre género y sociedad a partir de una feminización de la mano de obra global, que, a pesar de todo, perpetúa la tradicional división sexual del trabajo, ya que las mujeres migrantes, por lo general, desempeñan labores ligadas al ámbito doméstico o de cuidados y a las actividades dentro de la economía informal. De acuerdo con datos recabados por la OIM y CEPAL entre 2019 y 2020, aproximadamente el 50,8% de las personas migrantes provenientes de América del Sur eran mujeres que salieron de su país de origen a causa de la pobreza extrema, las desigualdades de género, falta de oportunidades y violencia de género. En los países de destino, se tiene registro del acceso de las mujeres migrantes (sobre todo provenientes de América del Sur) a ocupaciones en las que existe un mayor nivel de precariedad laboral, salarios más bajos y falta de seguridad social, debido a la escasez de mano de obra local para cubrir las actividades de cuidados que la población local no puede abastecer. La migración de mujeres, entonces, encuentra en los trabajos del hogar o aquellos vinculados a las cadenas de cuidados, el medio perfecto para cubrir las necesidades esenciales a pesar de ser un trabajo mal remunerado, pues permite a las mujeres encontrar un medio de subsistencia y de enviar dinero a su familia en el país de origen (OIM, 2023). Asimismo, Granada y colaboradores (2021), sustentan la idea de que el término “feminización de la migración” no corresponde al crecimiento cuantitativo en la proporción de mujeres en la migración, sino a un cambio más bien cualitativo, de las características sociodemográficas de las mujeres que migran y de los roles de género que se modifican antes, durante y después del proceso migratorio. Tuñón y Rojas (2012),

argumentan que históricamente ha existido un sesgo en la captación y sistematización de la información, omitiendo la desagregación por sexo e indicadores para la medición de la participación femenina, por lo que, al hablarse de “feminización de la migración” no debe hacerse el vínculo con el aumento del número de mujeres en procesos migratorios o a la intensificación de su participación en ellos, sino al incremento en el número de mujeres que se movilizan de forma independiente con fines de mejora económica, laborales o de bienestar personal y familiar.

El incremento de la presencia femenina en los flujos migratorios se debe al impacto doble que sufre este grupo social en situaciones de crisis con relación a los grupos masculinos (Valido Alou, 2023). Lo anterior significa que, por un lado, la falta de oportunidades en los distintos países de origen de las mujeres las obliga a tomar la difícil decisión de emigrar, y por otro lado, las sociedades en los países de destino no representan verdaderas oportunidades de crecimiento y mejora social, lo que aumenta su vulnerabilidad económica y social. Adicionalmente, se deben considerar las situaciones de violencia que se viven en los países de tránsito y que afectan gravemente a la población migrante, lo cual aumenta su vulnerabilidad económica y social.

De acuerdo con el estudio elaborado conjuntamente entre la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y la Oficina Regional para las Américas y el Caribe de ONU Mujeres titulada “*Género, migración y tareas de cuidado: Desafíos en América del Sur*” y publicada en 2023, destaca los diversos obstáculos a los que se enfrentan las mujeres en las rutas migratorias, como la violencia sexual y otras formas de violencia (física, psicológica, patrimonial y de género), la falta de acceso a trabajos mejor remunerados, la vulnerabilidad ante la trata de personas y la vulnerabilidad social (imposibilidad de acceder a derechos fundamentales y/o la violación de éstos o la dificultad para acceder a los medios de vida básicos).

Sumando a lo anterior, se argumenta que, de manera generalizada, las mujeres en contextos de movilidad humana se encuentran en mayor vulnerabilidad a ser víctimas de trabajo forzado, a la explotación sexual, la prostitución forzada y mayores riesgos para su salud,

incluyendo la salud sexual y reproductiva (Hernández-Ardieta, 2013). Al hablar de la feminización de la migración, también se habla de los riesgos y condiciones de viaje diferenciados con relación a los hombres, pues las mujeres en tránsito son más propensas a ser víctimas de abusos y violencias debido a su doble condición de vulnerabilidad: ser migrante y ser mujer⁵.

Las violencias y vulnerabilidades a las que se encuentran expuestas las mujeres de origen centroamericano en contextos de movilidad, no ocurren únicamente en las rutas migratorias, también en los lugares de destino temporal o permanente existen barreras u obstáculos en distintos niveles y diferentes ámbitos que pueden condicionar el acceso a derechos fundamentales como el reconocimiento de identidad, el derecho a realizar trámites o procesos administrativos para la regularización del estatus migratorio o la solicitud de protección internacional, así como el acceso a la salud sexual y reproductiva, al empleo y vivienda (Vargas-Ribas, 2022).

En México, de acuerdo con cifras de la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas (UPMRIP), la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR) y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la última década (2013-2022/2023) se ha observado un incremento en el número de mujeres solicitantes de asilo y refugiadas en México. Los registros de la UPMRIP (2022) indican que al año 2013 se identificó un total de 389 mujeres solicitantes de la condición de refugiada, mientras que al año 2021 el número ascendió a 53,941, rompiendo la marca del año anterior.

La visibilidad de la presencia femenina en los flujos migratorios en tránsito por México, provenientes de Centroamérica y con destino a Estados Unidos, aunada al uso de la perspectiva de género en las investigaciones y a la desagregación de datos por sexo, han permitido traer a la discusión cuestiones importantes en el marco de los derechos de las mujeres en los lugares de tránsito y destino, como lo es la integración social y económica

⁵ Incluso, en ocasiones, las condiciones de vulnerabilidad aumentan si la mujer migrante es de origen indígena, si no habla español, si es una mujer racializada, si pertenece a la comunidad LGBTTTIQ+ o si tiene alguna discapacidad intelectual o física.

dentro del país. La integración de los grupos de migrantes en las sociedades receptoras incluye el derecho humano al acceso a servicios sociales y de salud, de acuerdo con las necesidades específicas vinculadas con el sexo y la edad.

Al hablar sobre la inserción de las personas en contextos de movilidad, se debe tomar en cuenta la obligación del Estado para garantizar el acceso a los servicios de salud para todas las personas dentro de su territorio, de acuerdo con los diversos instrumentos normativos vigentes. El incremento de flujos migratorios compuestos por mujeres que viajan ya sea de forma independiente, acompañadas de infancias u otros familiares o embarazadas obliga a tratar el tema de la salud sexual y reproductiva como un elemento crucial de la política pública en materia migratoria.

Considerando lo anterior, es que surge la necesidad de investigar sobre el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) de las mujeres migrantes internacionales en su tránsito o asentamiento por México, enfocado en aspectos como la atención a la salud menstrual, atención profesional y oportuna al parto, prevención de enfermedades gineco-obstétricas, prevención y atención de infecciones de transmisión sexual y acceso a métodos anticonceptivos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define a la salud sexual como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad [...] así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.” A su vez, define a la salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social [...] en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (OMS, 2018). La anterior definición implica la libertad de decisión de tener o no hijas e hijos, en qué momento y con qué frecuencia.

La cada vez más notoria presencia y participación de las mujeres en los movimientos migratorios provenientes de Centroamérica, invita a profundizar en las investigaciones sobre la intervención diferenciada en materia de salud que se ofrece a la población migrante

femenina para proporcionar una atención adecuada hacia sus necesidades específicas de salud sexual y reproductiva.

Durante las últimas décadas se ha incrementado la bibliografía que explora el estado real de las barreras y facilitadores para el acceso a servicios de salud de las personas migrantes en México. La literatura en torno al tema de la salud de las personas en movilidad abarca distintas aristas del tema sanitario, y ha cobrado mayor relevancia a partir de la pandemia por COVID-19. El aumento en los volúmenes de los flujos migratorios, la emergencia sanitaria a causa de la pandemia en 2020, la subsecuente crisis migratoria y el incremento en la participación de las mujeres en la migración han puesto el foco de interés en las necesidades sanitarias de las mujeres en contextos migratorios dentro del territorio mexicano, incluyendo lo relativo a su salud sexual y reproductiva.

Algunos ejemplos de textos relevantes en la materia son: *“Mujeres compañeras de migrantes: imagen social y búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva”*, de Ochoa-Marín, et. al. (2011); *“Diagnóstico sobre acceso a servicios de salud para personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas”*, de Arellano (2014); *“Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020 - Informe de la investigación”* de Vázquez-Quesada y Larrea-Schiavon (2021); *“Oferta de servicios de salud sexual y reproductiva a personas migrantes centroamericanas en Tijuana”*, de Llanes, Bojórquez y Odgers (2023); *“Dinámica de movilidad y salud de mujeres migrantes en México, en el contexto de la pandemia Covid-19, 2021-2022”*, de Leyva-Flores et. al. (2024).

En el estudio de Vázquez-Quesada y Larrea-Schiavon (2020), se hace un diagnóstico sobre las necesidades y áreas de mejora de los servicios públicos de salud sexual (la necesidad de atención integral, la obligación de brindar trato digno e igualitario y no discriminatorio, y el seguimiento oportuno a la atención brindada, por ejemplo) en Tapachula, Chiapas, una de las ciudades más importantes en el aspecto migratorio en la frontera sur de México. A su vez, Vázquez-Quesada y Vieitez-Martínez de Population Council, en conjunto con Peña de El Colegio de la Frontera Norte (2021), llevaron a cabo un estudio de tres volúmenes cuyo fin

es esclarecer las principales necesidades de atención en materia sexual y reproductiva a través de un diagnóstico situacional y un mapeo de los actores de la sociedad civil que brindan este tipo de servicios en el estado de Chihuahua.

Otro estudio relevante en el tema, también coordinado por Population Council de la mano de Larrea-Schiavon, Vázquez-Quesada, Vieitez-Martínez y Sripad (2021) tiene como propósito la identificación de los servicios de salud sexual que brindan las OSCs a mujeres en situación migratoria irregular, solicitantes de asilo y refugiadas en siete entidades federativas que fueron elegidas por las autoras por ser territorios cruciales en materia migratoria en cuanto al tránsito de personas desde los estados de la frontera sur hacia la frontera norte⁶. En dicho estudio se encuentran resultados relevantes en el tema, por ejemplo, que las organizaciones de la sociedad civil son las que llevan a cabo una importante labor al ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva y brindando acompañamiento a mujeres para garantizar la atención a sus necesidades. En este estudio, se encontró que las OSCs y en general, la sociedad civil organizada funciona como punto de primer contacto y como un medio para generar confianza, lo que permite que las mujeres obtengan información básica respecto de sus derechos en México, incluyendo su derecho a la salud sexual.

La evidencia existente sobre la garantía de protección a la salud de la sexualidad y reproducción femenina sigue siendo insuficiente debido a las preconcepciones sociales, los tabúes en torno a la sexualidad de las mujeres y los contextos de violencia de los que muchas de ellas provienen. Hasta el momento se han realizado pocas investigaciones sistemáticas que permitan conocer a fondo las características y las condiciones que afectan la salud sexual y reproductiva de las mujeres centroamericanas que llegan a México (y a entidades federativas específicas, como la Ciudad de México) y la relación que ello tiene con la violencia de la que son víctimas en cualquier etapa del ciclo migratorio.

⁶En este texto, dentro de la sección metodológica, las autoras especifican que los estados en los que se llevó a cabo el estudio fueron elegidos intencionalmente por ser parte del tránsito migratorio y se listan las siguientes entidades federativas: Chiapas, Baja California, Ciudad de México, Chihuahua, Veracruz, Tabasco, Oaxaca. Hacen la anotación de que los estados con mayor número de organizaciones relevantes para el estudio de provisión de servicios de SSyR se encuentran en ambas fronteras, es decir, Chiapas y Baja California.

Para el caso específico de la Ciudad de México, existen muy pocos estudios y análisis sobre la atención en materia de salud sexual y reproductiva de mujeres en la migración, ya sea en condición regular e irregular, sobre la acción de las instituciones públicas de salud y sobre la efectividad de las políticas públicas orientadas a la atención de la salud de las mujeres migrantes. En lo que refiere a esta entidad federativa, los escasos estudios que se han elaborado no profundizan en subtemas relevantes como la identificación de distintas instituciones de salud pública que ofrezcan atención médica u hospitalaria específicamente a mujeres en contextos de movilidad, en la carencia de recursos humanos y materiales que impera al interior de ellas, en la ausencia de capacitación con perspectiva de género al personal que labora en dichas instituciones o el presupuesto otorgado para la atención médica a mujeres extranjeras en tránsito por territorio mexicano.

Esta investigación busca exponer la problemática a la que se enfrentan las mujeres migrantes en su paso por la Ciudad de México respecto al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y analizar el impacto del Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante (PIASM) impulsado por la administración federal 2018-2024. Se pretende también contribuir con la investigación en torno a la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres migrantes. Si bien es de notar que el PIASM es un plan federal de atención integral a la salud de las personas en movilidad que transiten por la República Mexicana, es preciso mencionar que es aplicable a todas las instancias del sector salud, incluyendo a los sectores público, social y privado que brinden atención a la salud de la población migrante. En el nivel federal, el/la titular de la Secretaría de Salud tiene la responsabilidad de elaborar propuestas y definir estrategias y planes de acción para atender las necesidades de salud de las personas en contextos de movilidad. De acuerdo con el documento oficial del PIASM, a nivel estatal, la persona titular de los Servicios de Salud Pública es el enlace entre el nivel federal y las instancias participantes en el Plan (Secretaría de Salud, 2018).

De acuerdo con los objetivos de esta investigación, se planteó una metodología de carácter cualitativo, específicamente el estudio de caso, por tratarse de un tema tan único y de características tan específicas que ameritan un análisis profundo y un acercamiento al

contexto en el que se desarrolla el fenómeno a investigar, como es la situación y contexto de la Ciudad de México y la oferta de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes. En el capítulo metodológico se detallan los motivos de elección de esta metodología y las características de esta para desarrollar la investigación.

El texto se encuentra estructurado en cuatro capítulos. En el primero se abordan las generalidades de la migración centroamericana en México: los antecedentes de los movimientos poblacionales en la región centroamericana y los contextos sociopolíticos que originaron la diáspora hacia Estados Unidos, el origen y contexto de la migración femenina desde los países de Centroamérica hacia México y Estados Unidos, generalidades del sitio de estudio, un breve diagnóstico de la situación, conceptos relevantes para la investigación como violencia de género, perspectiva de género y feminización de la migración y el marco legal y normativo vigente. En el segundo capítulo se exponen las políticas públicas de salud para personas migrantes en México, su alcance y su pertinencia, y se describe el programa de política pública a estudiar, que es el PIASM. El tercer capítulo se enfoca en el diseño metodológico, la descripción de la estrategia metodológica, las herramientas utilizadas y la descripción del enfoque de estudios de caso. Finalmente, en el cuarto capítulo se detallan los resultados obtenidos y se efectúa un análisis de los resultados, situando la información obtenida en el contexto actual y comparando los hallazgos con otros estudios sobre el tema.

Capítulo I. La migración femenina centroamericana y las determinantes de la salud sexual y reproductiva.

1.1. Marco histórico y contextual - Antecedentes

Al hablar de migración intrarregional proveniente de Centroamérica con destino hacia Estados Unidos, es fundamental señalar el origen de los movimientos migratorios. Los eventos de movilización de la población cobraron relevancia a partir de la intensificación de los conflictos políticos y militares existentes durante las décadas de 1970 y 1980, provocando la movilización de personas en busca de refugio. Hiroko Asakura y Marta Torres (2013) sugieren el término “diáspora centroamericana”, misma que señalan que comenzó con el régimen autoritario de Anastasio Somoza (1970-1979) en Nicaragua, mientras que los movimientos de población en naciones como El Salvador y Guatemala ocurrieron a partir de la década de 1980. Sin embargo, fue hasta la siguiente década que pudo observarse un incremento en la migración irregular a causa de las crisis económicas y las políticas internas ocasionadas por la reestructuración política y económica (de corte neoliberal) que acentuaron las características estructurales de pobreza, desigualdad y violencia en países de Centroamérica y que evidenció la relevancia del fenómeno tanto para las naciones de origen como para México, en su carácter de país de tránsito (Reyes, 2014; Asakura y Torres, 2013). El desempleo, la precarización de los ingresos, la drástica inflación, la quiebra de empresas nacionales, la devaluación de las monedas locales, el aumento en las tasas de homicidios y la creciente ola de violencia fueron factores determinantes para que los ciudadanos y ciudadanas de los países centroamericanos decidieran abandonar su lugar de origen para emprender un peligroso viaje con destino hacia México y posteriormente a Estados Unidos, en busca de mejores oportunidades de vida (Asakura y Torres, 2013).

México se ha convertido, a lo largo de los años, en un país de expulsión, destino y tránsito de personas migrantes, y la frontera norte se ha convertido en una de las más importantes y

transitadas del mundo, en la que se ha creado un régimen de movilidad específico entre Estados Unidos, México y Centroamérica (Cortés, 2018). La consolidación de los flujos migratorios hacia Estados Unidos provenientes de El Salvador, Guatemala y Honduras tiene su origen en las décadas de 1960-1970, dado el contexto de la adopción de un modelo económico de corte neoliberal que provocó el aumento de la desigualdad, inestabilidad, exclusión y pobreza, aunado al proceso de desestabilización regional ocasionado parcialmente por la injerencia estadounidense en el apoyo a regímenes autoritarios en la región (Portillo y Miklos, 2017, citado en Cortés, 2018).

En los últimos años, el perfil migratorio de la población centroamericana que emigra se ha transformado. Recientemente, se ha identificado que los flujos migratorios se han ido conformando cada vez más por mujeres, menores no acompañados, familias con infancias, personas de la comunidad LGBTIQ+ y mujeres transexuales. El aumento de la población femenina ha modificado la dinámica migratoria, dirigiendo, a su vez, el foco de atención a la serie de dificultades que pueden poner a las mujeres migrantes en situaciones de mayor vulnerabilidad en comparación con los hombres migrantes.

Por lo general, las vivencias de las mujeres en los procesos migratorios no son las mismas que las de los hombres, sobre todo por cuestiones vinculadas a su condición de género, y las diferencias se sitúan incluso desde antes del inicio del desplazamiento. Las mujeres centroamericanas en situación de movilidad usualmente señalan que entre los principales motivos para tomar la decisión de salir de su país de origen son la violencia que sufren por parte de su pareja, expareja o algún otro hombre de su entorno familiar o social, seguido de la violencia ejercida por parte de grupos delincuenciales presentes en distintos países de América Central (PNUD; ONU MUJERES; UNFPA; Iniciativa Spotlight, 2021).

Algunos de los riesgos a los que se enfrentan las mujeres en los procesos migratorios de manera diferenciada en relación con los hombres son, por ejemplo, la inserción laboral precarizada (que puede vincularse también con la explotación laboral y la feminización de la pobreza), violencia de género, violencia física (incluyendo aquella perpetrada dentro del círculo familiar), la sexualización que inevitablemente lleva a distintos grados de violencia

sexual y con ello pudiera desencadenar actos de violencia sexual, incluyendo la explotación sexual, así como la perpetuación del su rol en la articulación de cadenas globales de cuidado (Leal-Jofré, et. al., 2022).

Las mujeres migrantes cuyo origen reside en algún país de América Latina y el Caribe, se encuentran mayoritariamente en edad reproductiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) señala que la edad reproductiva de las mujeres es de los 15 a los 44 años.

Existe una estrecha relación entre la salud sexual y la salud reproductiva, tanto a nivel conceptual como en cuanto a la intervención a través de programas y estudios. Por una parte, la prevención y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son primordiales para la conservación de la fecundidad, ya que algunas infecciones son causantes de esterilidad y, por otra parte, ciertos medicamentos o el uso de anticonceptivos pueden llegar a afectar el goce de la sexualidad (OMS, 2018).

La salud sexual y reproductiva es un derecho fundamental que para las mujeres se vincula con la posibilidad de gozar de una vida sexual sana, voluntaria y satisfactoria, libre de coacción, violencia; de la posibilidad de reproducirse con el menor riesgo posible, de elegir cómo regular su fertilidad y de vivir con seguridad durante todo el proceso reproductivo (OMS, 2018).

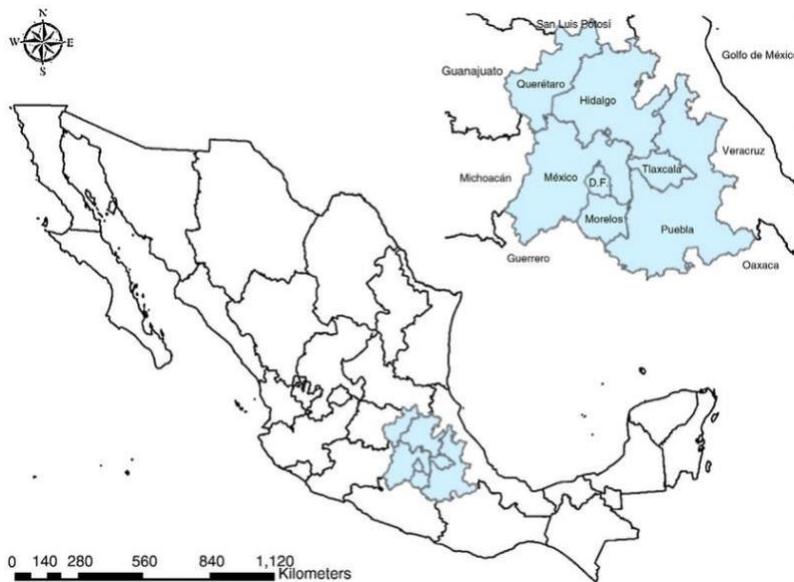
Las mujeres en contextos de vulnerabilidad se enfrentan con barreras sistemáticas de acceso a servicios para una salud sexual y reproductiva adecuada, de prevención y atención de ITS, de atención adecuada durante y después del parto y a métodos de anticoncepción, por ejemplo (Fortuna, L., et. al., 2019, citado en Leal-Jofré, et. al., 2022). Dichas barreras se presentan de manera exacerbada en las mujeres latinoamericanas migrantes y refugiadas, quienes se encuentran con mayor frecuencia en situaciones de vulnerabilidad y de exposición a riesgos. Al ser mujeres migrantes, las dificultades para acceder al derecho a la salud sexual y reproductiva se originan en la discriminación, la desigualdad social, pobreza, responsabilidad familiar, acceso laboral precarizado y en la falta de conocimiento sobre sus derechos y sobre los puntos de acceso a servicios de salud en México (Leal-Jofré, et. al., 2022).

1.2. Ubicación geográfica del estudio - Datos geográficos y estadísticas migratorias de la Ciudad de México

La presente investigación se desarrolla en México, específicamente en la Ciudad de México. Esta entidad federativa, además de ser la capital del país, se ha convertido en un importante lugar de tránsito y asentamiento de personas migrantes provenientes de las regiones de Centroamérica, Sudamérica y el Caribe. La ubicación geográfica de la Ciudad de México la convierte en un punto estratégico para aquellas personas migrantes en condición irregular cuyo objetivo es llegar al norte del país e ingresar a Estados Unidos (SIBISO, 2020).

La Ciudad de México se ubica en la región central del país, misma que está conformada también por los estados de Querétaro, Hidalgo, Estado de México, Tlaxcala y Morelos. La Ciudad de México colinda con el Estado de México y Morelos. El Mapa 1 permite identificar la ubicación geográfica de la región y los estados colindantes con la Ciudad de México.

Mapa 1. Región centro de México



Fuente: Carbajal y Almonte (2017). “Empleo manufacturero en la Región Centro de México. Una estimación por gran división.” Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/317045224_Empleo_manufacturero_en_la_Region_Centro_de_Mexico_Una_estimacion_por_gran_division

De acuerdo con Ramos, Hernández y Astorga (2019) en su texto “*Trayectorias Humanas en La Bestia. Migración en Tránsito y Estacionalidad de Centroamericanos. Ocotlán y Guadalajara 2010-2015*”, es en la Ciudad de México donde se intersectan distintas rutas migratorias, notoriamente, la ruta del Centro, que incluye a los estados de Querétaro,

Guanajuato, Jalisco, Aguascalientes, Zacatecas, Coahuila, Chihuahua y finalizando en Ciudad Juárez. En el marco de los movimientos migratorios, la Secretaría de Gobernación, a través de la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas (UPMRIP), en su “*Diagnóstico de la Movilidad Humana en la Ciudad de México*” (2022), contempla a la Ciudad de México como un punto geográfico en el que convergen las rutas de origen, destino, tránsito y retorno de personas migrantes, así como procesos de atención a personas solicitantes de refugio o de protección por cuestiones vinculadas al desplazamiento forzado interno. El siguiente mapa muestra las principales rutas migratorias al interior de México, en el que puede visualizarse a la Ciudad de México como un punto central en la trayectoria hacia la frontera norte:

Mapa 2. Puntos estratégicos en la ruta migratoria



Fuente: Leyva, et. al. (2015). “Acceso a servicios de salud para los migrantes centroamericanos en Tránsito por México.” Disponible en: <https://www.canamid.org/publication?id=PB05>

De acuerdo con datos del Censo de Población y Vivienda 2020 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en la Ciudad de México habitaban en total 104,629 personas extranjeras. Lo anterior, de acuerdo con el mismo censo, colocó a la Ciudad de México en el segundo lugar de las entidades federativas con mayor número de población extranjera, después de Baja California y seguida de Chihuahua, Jalisco y Tamaulipas. Entre los motivos para salir de su país de origen se encontraban la inseguridad, violencia, necesidades

económicas y laborales, reunificación familiar y desastres naturales. La distribución de personas inmigrantes por municipio en la Ciudad de México indica que la mayor proporción de personas se concentraba en las alcaldías Miguel Hidalgo (22.6%), Benito Juárez (17%) y Cuauhtémoc (14.8%). La siguiente tabla (Tabla 1) detalla el número de personas nacidas en otro país por demarcación territorial y desagregadas por sexo, para ilustrar la proporción de personas mencionadas previamente:

Tabla 1. Personas extranjeras por alcaldía y sexo en Ciudad de México, 2020

Alcaldía	Mujeres	Hombres	Total
Miguel Hidalgo	11,577	12,050	23,627
Benito Juárez	9,248	8,499	17,747
Cuauhtémoc	7,397	8,138	15,535
Álvaro Obregón	4,267	3,732	7,999
Coyoacán	4,195	3,575	7,770
Total	36,684	35,994	72,678

Fuente: Elaboración propia con base en el Censo de Población y Vivienda 2020 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

La Tabla 2 indica el total de población nacida en otro país por demarcación territorial, sin desagregación por sexo. Se distribuye de la alcaldía con mayor número de personas extranjeras a la alcaldía con menor población inmigrante:

Tabla 2. Demarcaciones territoriales con mayor número de población migrante en la Ciudad de México, 2020

Alcaldía	Población extranjera
Miguel Hidalgo	23,627
Benito Juárez	17,747
Cuauhtémoc	15,535
Álvaro Obregón	7,999
Coyoacán	7,770

Tlalpan	5,833
Gustavo A. Madero	5,030
Iztapalapa	5,027
Cuajimalpa de Morelos	4,945
Azcapotzalco	2,819
Total	96,332

Fuente: Elaboración propia con base en el Censo de Población y Vivienda 2020 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

En su texto *“La gestión cultural como gestión política. Los pueblos originarios de la Ciudad de México”*, Lucía Álvarez Enríquez (2010) reconoce que históricamente, a la Ciudad de México se le ha considerado como una de las más diversas en América Latina, con mayor pluralidad y heterogeneidad, que da cabida a “minorías de todo tipo”⁷ y que es “la más receptiva a poblaciones migrantes”⁸ en el país. A su vez, en el texto *“Gobernar la migración y la diversidad urbana en la Ciudad de México. Una reflexión crítica a partir de la ley de interculturalidad”*, las investigadoras Roberta Marzorati y Giovanna Marconi (2018), señalan que la capital del país es una ciudad “cosmopolita, plural, multicultural, pluricultural y heterogénea [...]”⁹, cuya diversidad está estrechamente influenciada por la presencia de diferentes grupos étnicos e indígenas, y en las últimas décadas, por la creciente presencia de múltiples flujos migratorios, incluyendo los conformados por migrantes internos, población indígena que emigra hacia la ciudad, migrantes internacionales, transmigrantes y población migrante de retorno.

En los últimos años, específicamente desde el 2018, han emergido nuevos retos para la gestión de la migración en las diferentes entidades federativas que forman parte de la ruta migratoria y para la atención y protección de las personas migrantes y sus necesidades. Desde el inicio de las llamadas *caravanas migrantes*¹⁰ en 2018, algunos grupos de personas se han asentado en la Ciudad de México con el propósito de regularizar su situación migratoria o encontrar la resolución de su solicitud de refugio, mientras que otros grupos se han establecido de manera permanente en esta entidad (UMRIP, 2022).

⁷ Ídem, 2010.

⁸ Ídem, 2010.

La misma Unidad de Política Migratoria publicó, en su Diagnóstico del año 2022, que hasta entonces existía un total de ocho albergues especializados en la Ciudad de México, constituyendo una red considerablemente grande de “protección a personas migrantes” para la ruta centro.

1.3. Diagnóstico de la situación actual

Las personas migrantes que transitan por México con el objetivo de llegar a Estados Unidos deben recorrer aproximadamente 3,640 kilómetros desde la frontera sur hasta la frontera norte (Leyva, Quintino e Infante, 2016). En promedio, la duración del viaje es de noventa y cinco días, aunque puede haber variaciones, dependiendo de las rutas migratorias que se elijan, las barreras a las que se enfrenten durante el trayecto, condiciones climáticas, problemas de salud y otros factores (Leyva, Quintino e Infante, 2016).

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), en colaboración con casas de migrantes en Tecún Umán, Tapachula, Arriaga, Ixtepec, San Luis Potosí, Saltillo, Nuevo Laredo y Tijuana, desarrollaron un sistema de información para el monitoreo de riesgos a la salud, con el propósito de conocer la frecuencia de problemas de salud que presentan las personas en movilidad durante su trayecto por el país. Con este sistema y una encuesta, los investigadores pudieron conocer que los problemas de salud más recurrentes están relacionados con las condiciones en las que se transita por México, que provocan enfermedades gastrointestinales, problemas respiratorios, lesiones leves (sobre todo en pies), micosis y deshidratación. Los resultados de esta investigación señalan que del total de migrantes que respondieron la encuesta y afirmaron haber experimentado algún tipo de violencia (física, psicológica o sexual) el 85% decidió continuar con su viaje, lo que, de acuerdo con los investigadores, permite entrever que existe una interiorización y normalización de la violencia en su tránsito por México (Leyva, Quintino e Infante, 2016).

⁹ Ídem, 2018.

¹⁰ De acuerdo con datos recabados por la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas (UPMRIP) de la Secretaría de Gobernación de México, las caravanas migrantes, en sus inicios, estaban conformadas por personas provenientes de países de Centroamérica, el Caribe, Sudamérica y África. Véase: https://portales.segob.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CPM/foros_regionales/estados/centro/info_dia_g_F_centro/diag_CDMX.pdf

El derecho a la salud en México está garantizado en el Artículo 4° de la Constitución Política, y es aplicable a toda la población que se encuentre dentro del país. De esta forma, las personas migrantes, sin importar su condición legal o administrativa deberían tener acceso garantizado a los servicios de salud. No obstante, este tipo de servicios es limitado. De acuerdo con el estudio realizado por Leyva y colaboradores (2016) y con el sistema de información para monitoreo de riesgos a la salud que desarrollaron, el lugar más frecuente en el que las personas migrantes recibieron algún tipo de atención médica fueron las distintas casas del migrante, debido a la confianza y sensación de seguridad que tienen las personas al interior de estos espacios. También se encontró que la mayoría de las personas migrantes que hacen uso de servicios médicos en casas del migrante no se acercan a los servicios de salud del gobierno principalmente por desconocimiento, pero también por temor a ser deportados a causa de su situación migratoria irregular (Leyva, Quintino e Infante, 2016). En las comunidades de tránsito, la falta de recursos disponibles para la población que requiere algún

servicio de salud impide garantizar el acceso libre a dichos servicios y limita la calidad de la atención.

Sobre este último punto, es preciso mencionar que existe una imposibilidad para las personas migrantes de acceder al ejercicio de sus derechos. De acuerdo con Infante y colaboradores (2013), esta imposibilidad tiene su origen en la trayectoria social de los grupos que conforman los flujos migratorios, es decir, la situación social de violencia, relaciones inequitativas de género, la pobreza y el desconocimiento de sus propios derechos en el país de origen y en los países de tránsito ocasiona que, dentro de sus prioridades, no siempre se encuentre la exigencia del respeto y ejercicio de sus derechos fundamentales. La forma en que se perciben las personas en tránsito por México impacta directamente en su intención de ejercer sus derechos. El percibirse como “ilegales”¹¹ en México provoca que sean las propias personas en tránsito quienes limiten su derecho a acceder a servicios públicos en el país, incluyendo los de salud en general y salud sexual y reproductiva (Infante et. al., 2013).

Históricamente, el sector salud en México se ha caracterizado por sus deficiencias en la atención a la población y los programas que brindan acceso a estos servicios, por lo que, cuando se trata de población extranjera en movilidad, las imperfecciones impactan directamente en las ya críticas situaciones que enfrentan las personas migrantes, significando obstáculos aún más grandes por su condición migratoria. Dentro de las principales dificultades que deben encarar aquellas personas que requieran y soliciten alguno de los servicios de salud que se ofrecen en el ámbito público, es la falta de sensibilidad y racismo por parte de los trabajadores del sector salud, quienes contribuyen a la cadena de tratos denigrantes y vejatorios a los que son sujetas las personas migrantes. Por el contrario, en muchas ocasiones, las personas en movilidad que logran llegar a los distintos albergues, casas del migrante o que logran tener acercamiento con organizaciones de la sociedad civil logran percibirse como sujetos de derechos y encuentran en estos espacios un lugar donde reciben un trato digno y de apoyo humanitario (Infante et. al., 2013).

¹¹ En esta investigación no se tiene el propósito de utilizar la palabra “ilegal” para referirse a las personas en contextos de movilidad cuya situación migratoria es irregular. La palabra “ilegal” en este párrafo se utiliza como reflejo del vocabulario que la comunidad migrante usa regularmente para referirse a sí mismos o a otras personas en tránsito y en condición migratoria irregular.

Actualmente, existe poca literatura enfocada atención de la salud reproductiva de las mujeres migrantes, sobre todo de origen centroamericano que transitan por México y específicamente la Ciudad de México. Los estudios recientes sobre el acceso a servicios de salud para mujeres migrantes son escasos, y un gran número de éstos se enfocan en los servicios de salud para la atención a enfermedades respiratorias, gastrointestinales, heridas, accidentes o cualquier otro problema de salud no necesariamente vinculado con la sexualidad o la reproducción (Peña y Vázquez-Quezada, 2022).

Las mujeres, como se ha mencionado previamente y como se profundizará en los capítulos subsecuentes, viven de forma diferenciada la violencia en general y la violencia sexual en comparación con los hombres. De igual manera, experimentan la vulnerabilidad de sus cuerpos cuando se encuentran en situación de movilidad irregular, ya que, en muchas ocasiones, se ven obligadas a mantener relaciones sexuales “transaccionales”, es decir, relaciones sexuales ocasionales para obtener algún beneficio inmediato, ya sea traslado de un lugar a otro, acceso o tránsito sobre las rutas migratorias, a cambio de alimentación o de protección para ella o su familia (Leyva, Quintino e Infante, 2016).

A pesar de que el tránsito por México puede suponer la exposición a numerosos riesgos para la salud en general y que, las mujeres migrantes, en su condición social de desventaja respecto de su contraparte masculina se enfrentan también a distintas vulneraciones a su salud sexual y reproductiva, hay quienes no buscan atención médica porque desconocen su derecho a servicios públicos de salud y, sobre todo, por la intención de mantener un bajo perfil debido al temor de ser detenidas o deportadas (Bobes León, 2020).

La importante labor de divulgación de información de las organizaciones civiles, albergues y casas del migrante no es suficiente para que la población migrante conozca su derecho a la asistencia médica gratuita, o a los programas sociales mediante los cuáles podrían hacer ejercicio de este derecho.

1.4. Marco histórico y contextual: Participación femenina en los movimientos migratorios de Centroamérica a México

Los movimientos migratorios ocasionados por las distintas crisis centroamericanas fueron estudiados sin considerar a las mujeres como sujetos independientes en el fenómeno de la migración. De acuerdo con Rojas y Tuñón (2012), a las mujeres migrantes se les conceptualizaba como acompañantes o dependientes de los hombres, ya fuera como mujeres siguiendo al hombre de familia como *esposas* o *hijas*, como mujeres jóvenes enviadas por la familia a laborar en las ciudades como trabajadoras domésticas u obreras en fábricas. Entonces, se afirmaba, por un lado, que eran los hombres quienes migraban por motivos laborales y, por otro lado, las mujeres lo hacían desde una posición de dependencia, asociación y acompañamiento. Por tanto, la movilidad femenina se consideró por décadas como un reflejo de la migración masculina, contribuyendo a la subestimación de la información estadística respecto de los eventos migratorios que permitieran dimensionar la magnitud de la movilización y participación de mujeres en los procesos migratorios (Tuñón y Rojas, 2012).

La participación de las mujeres en los movimientos migratorios se ha estudiado recientemente. Los flujos migratorios compuestos por mujeres provenientes de Guatemala, Honduras y El Salvador se caracterizan por ser grupos cuyas integrantes enfrentan situaciones de violencia familiar, adversidades económicas y sociales en sus países de origen que las obligan a buscar mejores oportunidades en Estados Unidos (Reyes, 2014).

1.4.1. Violencia de género: un factor de expulsión de mujeres en busca de un futuro mejor

Violencia de género es un término tan complejo como amplio. Aunque no existe un pleno consenso sobre el término, existen diversas definiciones para éste y distintas aproximaciones para su comprensión en los diferentes ámbitos en los que se puede desarrollar. ONU Mujeres (2021), define el concepto como “actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas debido a su género”, y se usa para “subrayar el hecho de que las diferencias

estructurales de poder basadas en el género colocan a las mujeres y niñas en situación de riesgo frente a múltiples formas de violencia”.

Por su parte, la ONU (1995) define la violencia de género como “todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o privada”. La definición establecida en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Conferencia Belém do Pará de 1994) define en su Artículo I a la violencia de género como:

“[...] cualquier acción o conducta, basada en su género que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.”

Aunque existen diferentes aproximaciones teóricas al concepto de violencia de género, se usarán las mencionadas previamente, por ser las globalmente aceptadas e incluidas en documentos oficiales y tratados internacionales en la materia.

En los contextos de movilidad, Jolly y Reeves (2005) sugieren que la violencia de género se puede analizar a través de tres conceptos: violencia, migración y género; y su intersección: violencia-migración, migración-género y violencia-género. En la relación de violencia y migración, se puede considerar a la violencia como un factor central de la expulsión de mujeres de sus países de origen, así como una amenaza durante el trayecto (violencia sexual, física, emocional, violencia estructural y violencia sistemática en el país de destino). A su vez, en la relación de migración y género, se puede estudiar el impacto de los movimientos migratorios en las dinámicas de género, a través del reforzamiento de las desigualdades o roles de género y su transformación. Por último, la relación de violencia y género se analiza desde las definiciones previamente mencionadas, sobre la ejecución de la violencia de carácter estructural y asimétrico efectuada por el sistema patriarcal en contra de las mujeres, en donde el acceso al sistema de salud de los países que se cruzan o al que se arriba constituye uno de los temas en los que hace falta mucha investigación.

1.4.2. Perspectiva de género en el estudio de la migración

Si bien los estudios sobre migración femenina son recientes, desde hace algunos años, a este

estudio se ha incorporado la perspectiva de género, misma que permite analizar y comprender las particularidades del proceso migratorio que muestran las mujeres, ya no como acompañantes o dependientes de los hombres, sino como protagonistas de los nuevos flujos migratorios, así como las dinámicas diferenciadas que se identifican a lo largo del proceso y la influencia de las desigualdades y violencias tanto en sus países de origen como en aquellos de tránsito y destino (Asakura y Torres, 2013).

El enfoque de género es conceptualizado, de acuerdo con lo ejemplificado por Núñez Sarmiento (2005) y Valido (2011), como “una construcción teórica que permite abordar las realidades sociales a partir del supuesto de que las personas no solo tienen sexos biológicos diferentes, sino que han sido encasillados en patrones culturales construidos en sociedades históricamente concretas”, y que han asignado, por ende, roles determinados basados en la concepción de lo que es “ser hombre” y “ser mujer”. Asimismo, de acuerdo con Cano-Blanco (2023), la perspectiva de género posibilita la comprensión de las relaciones históricas de desigualdad que han existido entre hombres y mujeres y la condición de subordinación de lo femenino frente a lo masculino dentro del sistema patriarcal.

Aunado a lo anterior, se debe tomar en cuenta que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la población perteneciente a la comunidad LGTBTTIQ+ se identifica entre las más vulnerables y marginadas de las aproximadamente 84 millones de personas desplazadas que existen en el mundo (Secretaría de Salud, 2022). Los principales motivos por los que las mujeres centroamericanas de la comunidad huyen de su país de origen se consideran, en primer lugar, la exposición al riesgo de sufrir un atentado contra su vida, libertad o seguridad, seguido de la estigmatización social debido a su orientación sexual o expresión de la sexualidad y el potencial riesgo de ser víctimas de violencia de género y/o violencia sexual (Secretaría de Salud, 2022).

Lo anterior resulta fundamental para lograr profundizar en la cada vez más compleja investigación de los procesos migratorios internacionales, puesto que las relaciones de género son un factor importante en las causas de la migración, los medios por los cuáles se llevará a cabo la movilización y el resultado del movimiento migratorio (Valido, 2023). El enfoque de género en los estudios de la migración internacional parte de la premisa de que hombres y mujeres tienen distintas dinámicas y formas de involucrarse en los procesos de movilidad y,

por ende, las experiencias migratorias varían en función del género de la persona que migra (Cano-Blanco, 2023).

Rojas y Tuñón (2012) y Jolly y Reeves (2005), señalan que el análisis de la migración con perspectiva de género implica la consideración de un doble vínculo. Las autoras afirman que, por un lado, la migración transforma las relaciones de género, afirmando, desafiando y transformando las desigualdades y roles tradicionales de género al cambiar de contexto a través de un proceso de movilidad en condiciones de gran vulnerabilidad. De hecho, son las relaciones de género en las sociedades de origen las que influyen en la conformación y las características de los flujos migratorios al momento de decidir quién migra y cuáles son las razones para hacerlo. Sobre la misma línea, Allison Petrozziello (2014) menciona que el género influye, además de los motivos para migrar y los miembros de la familia que deben hacerlo, en el empleo de las redes sociales para iniciar el proceso, las dinámicas de integración social y laboral en el país de destino y las relaciones con el país de origen (como la cantidad, frecuencia e impacto de las remesas que se envían a los familiares en el lugar de origen).

Desde la perspectiva de género, según Rojas y Tuñón, se ha logrado identificar que las causas, modalidades e impactos de la migración en las mujeres no necesariamente son similares a las de los hombres. Como ejemplo, en el estudio de los mercados laborales, diversos autores han constatado que existe una importante desigualdad de género que impide que las mujeres tengan acceso al mismo abanico de oportunidades de trabajo que los hombres, lo que ocasiona que se generen nuevos patrones de movilidad directamente vinculados con el género femenino.

Ana María Valido (2023) sustenta esta idea en su trabajo titulado *“Feminización de las migraciones internacionales; una perspectiva desde el Derecho”*, indicando que la aplicación de la perspectiva de género en el estudio de las migraciones internacionales contemporáneas ha permitido concluir que las mujeres, generalmente, no tienen las mismas oportunidades de acceso al mercado laboral, o los empleos a los que tienen acceso son aquellos para los que se requiere baja calificación, con pocas oportunidades de crecimiento, bajos salarios y jornadas incluso de más de ocho horas.

De acuerdo con Petrozziello (2014), el enfoque de género en los estudios migratorios es necesario debido a la fuerte influencia que tiene el género en todos los aspectos del proceso migratorio, tanto de mujeres como de hombres. Por ende, si el análisis con perspectiva de género se enfoca en los procesos migratorios de las mujeres, éste debe hacer alusión a los roles de género, la desigualdad y la división sexual del trabajo.

La teoría feminista ha hondado en el estudio sobre la división sexual del trabajo, misma que algunas de sus autoras (Hirata y Kergoat 1997) definen como “la forma de división del trabajo social que se desprende de las relaciones sociales de sexo, históricamente modulada.” Su característica principal es la asignación de los hombres a la esfera de lo productivo y de las mujeres a la esfera de lo reproductivo. Esta división se conforma de dos principios que la rigen: el de separación, que indica que existen trabajos “de/para hombres” y trabajos “de/para mujeres” y el principio jerárquico, es decir, que el trabajo de un hombre tiene mayor valor que aquel desempeñado por una mujer (Kergoat, 2002).

Dado lo anterior, Petrozziello (2014) señala que, en el tema migratorio, se ha estudiado que durante el proceso de movilidad y de importación de mano de obra en el país de destino, la división sexual del trabajo se perpetúa a través de prácticas de reclutamiento que evidencian esta división, tales como la captación de hombres para trabajos de construcción y de mujeres para trabajos en el sector de la salud, en áreas de limpieza o en trabajos de cuidado (de personas menores de edad, personas adultas mayores o con discapacidad).

Las condiciones de desigualdad social y económica en la que viven las mujeres les impiden acceder al mismo volumen de oportunidades de desarrollo personal y laboral que a los hombres. A dicha condición de desventaja, se debe considerar el desequilibrio al que se enfrentan las mujeres en sus países de origen y destino por la suma de condiciones de desigualdad, tales como la clase social, el nivel educativo, la raza, el origen étnico o la orientación sexual, por ejemplo.

Para las mujeres, existen determinadas motivaciones para iniciar un proceso migratorio. Algunos de los motivos que encuentran las mujeres centroamericanas para emigrar coinciden con los de los hombres: mejorar la calidad de vida, obtener un empleo mejor remunerado,

escapar de la violencia, entre otros. Sin embargo, existen otros motivos por los cuales las mujeres toman la decisión de salir de su país de origen, y que están relacionados con su condición de género. Si bien a los hombres se les asigna el rol de proveedores (es decir, se vuelven los responsables de salir del hogar, trabajar y proveer a la familia con dinero para alimentación, vestido, salud, etcétera), a las mujeres se les asigna el rol de cuidadoras, amas de casa o responsables de la familia. Si la provisión del hombre es insuficiente o inexistente, las mujeres suelen asumir ambos roles: el de cuidadoras y el de proveedoras, por lo que la necesidad de buscar mejores oportunidades de vida las obliga a tomar la decisión de cruzar fronteras (Asakura y Torres, 2013).

El enfoque de género dentro del estudio de las migraciones internacionales femeninas es, en principio, una herramienta teórica necesaria para el análisis de distintas realidades asociadas con los movimientos poblacionales y, a su vez, funge como base para la búsqueda de soluciones multidisciplinarias en materia de política pública ante una situación cuyos efectos demuestran su trascendencia a nivel global. Es decir, la aproximación a la migración desde la perspectiva de género implica la comprensión de las diferentes experiencias de las mujeres y de los hombres migrantes y entender la realidad desde la mirada de los géneros y sus relaciones de poder.

1.4.3. Migración y salud

El estudio de la migración internacional se ha abordado como un “fenómeno global con efectos globales en salud” (Thomas, Haour-Knipe y Aggleton, 2009 en Leyva, Charvel e

Infante, 2018). Existe una noción predominante dentro de las perspectivas de salud internacional, salud inter-fronteriza, salud binacional y la epidemiología tradicional de que la migración suele favorecer la diseminación de enfermedades y aumentar los riesgos a la salud (Leyva, Charvel e Infante, 2018).

Bajo esta visión las personas migrantes son consideradas como “población de riesgo”, debido a la percepción generalizada de que pueden ser portadores de infecciones o enfermedades que pueden vulnerar la salud de la población local. Por lo anterior, históricamente se ha fomentado e impulsado la creación de políticas restrictivas en torno a la movilidad de las personas con el fin de proteger a la población local de potenciales riesgos externos (Leyva, Charvel e Infante, 2018)

Las restricciones a la movilidad poblacional han supuesto el establecimiento de un estigma alrededor de las personas que migran y que funge, a su vez, como una causa y efecto de las interpretaciones sesgadas que han permeado en las actitudes y prácticas de los grupos sociales, los gobiernos, los tomadores de decisiones y creadores de política pública, restringiendo el ejercicio de los derechos de la población migrante (Leyva, Charvel e Infante, 2018).

1.4.4. Sistema de salud mexicano

En México, la seguridad social está en manos de distintas instituciones de seguridad social que proveen servicios de salud a personal afiliado. Las instituciones más conocidas en este rubro son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), fundado en 1943 por el entonces presidente Manuel Ávila Camacho, con el objetivo de garantizar a los trabajadores el derecho a la salud y asistencia médica, entre otros (CNDH, 2018). Además, se creó como un organismo público, descentralizado y con capital propio, que marcó el compromiso gubernamental de garantizar la salud de los trabajadores asegurados y de sus familias.

La creación del IMSS fue la piedra angular para ampliar el modelo de seguridad social, hecho que ocurrió con la fundación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1959 por el presidente Adolfo López Mateos, con el

propósito de ampliar la cobertura a los trabajadores, pensionados y derechohabientes de la administración pública federal (Benhumea, 2021). Antes de la fundación de este instituto, este importante sector de la población no contaba con acceso a la seguridad social. Es así como el surgimiento de la seguridad social en el país significó una mejora en la atención y cobertura médica, al tiempo que visibilizó el compromiso federal en materia de salud.

El sistema de salud mexicano es de carácter mixto, lo que significa que se compone tanto del sector público como del privado. El sector público se compone por el IMSS, ISSSTE, la Secretaría de Salud, IMSS-Bienestar (antes INSABI y originalmente Seguro Popular) mientras que el sector privado se conforma por la red de hospitales, clínicas y consultorios médicos privados que cuentan con servicios de salud disponibles para toda persona que pueda pagarlos de forma directa o a través de servicios de seguros de gastos médicos privados.

Hasta antes de la administración federal 2018-2024, el sistema de salud en México no había tenido modificaciones o cambios notorios. El Seguro Popular era el programa del Poder Ejecutivo Federal que permitía el acceso a la población no derechohabiente (es decir, sin afiliación a un seguro social o uno privado) o en situación de vulnerabilidad a servicios de salud pública sin poner de por medio el requisito de una relación laboral con un tercero. En noviembre de 2019, se impulsó la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) como organismo descentralizado, con recursos propios y con personalidad jurídica. El INSABI tenía como objetivo asegurar la gratuidad de los servicios de salud a través de la provisión de medicamentos e insumos necesarios para la satisfacción de necesidades sanitarias dentro del primer y segundo nivel de atención para la población sin seguridad social, incluyendo a personas migrantes independientemente de su condición migratoria (Vargas-Ruiz, 2023)¹².

¹² A pesar de que en la normatividad se incluye a las personas en contextos migratorios, cobra notoriedad que las personas extranjeras cuya condición es irregular por ley no pueden acceder a un trabajo formal con un sueldo recurrente, lo que restringe sus posibilidades únicamente al empleo informal o al desempleo. Por ende, actualmente las personas en este supuesto no pueden acceder a servicios de salud del sector público ni privado y dependen, en teoría, únicamente de los beneficios del programa IMSS-Bienestar.

1.4.5. La feminización de la migración

La creciente participación de las mujeres en la dinámica migratoria ha obligado al uso del término “feminización de la migración” en contextos académicos de estudios sobre la migración internacional, así como en los campos de la sociología, demografía, economía y estudios de género, entre otros, y que se ha utilizado con suma frecuencia en el debate de la migración internacional actual. La feminización de la migración, como una nueva tendencia en los flujos migratorios, ha favorecido la inclusión de la perspectiva de género como un nuevo paradigma de análisis dentro de los estudios de la migración.

De acuerdo con datos de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2010), en 1960, el 46.6% del total de personas migrantes eran mujeres; para el año 1990, el porcentaje había aumentado a 48% y 48,9% para el año 2000; en 2010, el porcentaje ascendía a 49%. En el Informe Sobre las Migraciones en el Mundo 2022, la OIM señala que, de los 281 millones de migrantes internacionales en 2020 (que representaron el 3.6% de la población mundial), 135 millones fueron mujeres (3.5% de la población femenina mundial), lo que representó un aumento respecto del año 2019, en el que se registró un total de 130 millones de mujeres migrantes (3.4% de la población femenina mundial) (OIM, 2022).

En la región centroamericana, al año 2019, datos de la OIM reflejaron que el 50,3% de las personas en movilidad fueron mujeres (OIM, 2019 y PNUD, 2021). La proporción de mujeres, adolescentes y niñas ha permanecido relativamente estable desde la década de 1990, fluctuando entre el 47% y el 49% del total de personas migrantes a nivel global (PNUD, 2021).

A pesar de que lo anterior no sugiere un cambio sustancial en el número de mujeres que iniciaron procesos migratorios en las últimas décadas, sí puede identificarse un cambio en los patrones de migración y en las motivaciones que han encontrado las mujeres para salir de su país de origen. De acuerdo con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, (PNUD, 2021), la feminización de la migración no significa meramente el aumento cuantitativo de la participación de las mujeres en los procesos de movilidad, sino que trae consigo la sobrerrepresentación de las mujeres en posiciones de vulnerabilidad. Por ende, la

vulnerabilidad no responde únicamente a su condición de migrante, sino también a las relaciones de poder desigual entre hombres y mujeres y la exposición a la violencia ejercida por los primeros (Cano-Blanco, 2023).

Algunos de los cambios más significativos son, por ejemplo, el traslado de las mujeres de “acompañantes” a sujetos protagonistas de movimientos migratorios, como migrantes independientes y cabezas del hogar, en contraste con las prácticas de reunificación familiar o de acompañamiento a parejas masculinas (PNUD, 2021). En Centroamérica, de acuerdo con la OIM (2016) y PNUD (2021), se ha registrado un incremento en el número de hogares con mujeres como jefas de familia, convirtiéndolas en las responsables de la manutención de los miembros del hogar, adicional a los trabajos de cuidado no remunerados y que por lo general son desempeñados por ellas. Otro de los cambios visibles en la dinámica migratoria cada vez más “feminizada” es consecuencia de una reestructuración económica que ha incrementado la demanda de mujeres en sectores como el de cuidados o el de servicios, caracterizados principalmente por su mala remuneración. Por último, el hecho de que las mujeres en países con mayor desarrollo tengan un mayor nivel de oportunidades laborales ha generado una crisis en la provisión de cuidados en sus propios ámbitos domésticos, lo que paulatinamente ha abierto la posibilidad a las mujeres migrantes de convertirse en una alternativa para la satisfacción de la demanda de trabajo en lo que Ehrenreich y Hochschild (2004) llaman la “cadena global de cuidados”.

Más adelante se abordará la importancia de la perspectiva de género en los estudios de la migración femenina, sin embargo, es preciso mencionar que, como menciona Ana María Valido (2011), la participación de las mujeres y su incremento progresivo en los flujos migratorios internacionales no es sinónimo de la emancipación de la mujer o el logro de una presencia protagónica en los procesos sociales en todos los niveles, sino el resultado de un impacto negativo doble que recibe la población femenina en momentos de crisis debido su condición de ser mujeres, por lo cual quedan expuestas a mayores condiciones de vulnerabilidad, sobre todo cuando se viaja en condiciones de irregularidad.

1.5. Marco legal

Los derechos de las personas migrantes tienen su origen en el derecho consuetudinario internacional, que, a través de tratados internacionales otorgan derechos a las personas migrantes por su condición humana, comenzando por la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948¹³, en la que, en su artículo 25, establece que todo ser humano tiene derecho a un nivel de vida adecuado que asegure su salud y bienestar, así como asistencia médica y servicios sociales pertinentes. A su vez, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial de 1965¹⁴, en cuyo artículo 5 menciona también la obligación de los Estados parte de garantizar el derecho a la salud pública, asistencia médica, seguridad y servicios sociales a cualquier persona sin distinción de raza u origen nacional o étnico (Portal de Datos sobre Migración, 2022; Naciones Unidas, 1948 y 1965).

A pesar de que las Convenciones mencionadas previamente incluyen en sus respectivos textos los derechos que deben ser garantizados por los Estados parte para todas las personas (incluyendo población migrante), es a partir de la aprobación y adopción de la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familias el 18 de diciembre de 1990 por la Asamblea General de las Naciones Unidas que se han sumado, a lo largo de los años, distintos instrumentos internacionales que han puesto como eje central a los derechos humanos de la población migrante, con el fin de comprender y atender los asuntos vinculados a la migración y a quienes conforman los grupos migratorios (Bobes León, 2020, pp. 10). A partir de los acuerdos internacionales, es que los Estados firmantes adoptan el compromiso de incorporar los principios de derechos humanos en su política interior y exterior y en la gestión de los distintos procesos migratorios (Bobes León, 2020, pp. 10).

Más recientemente, en 2018 se adoptó en Marruecos un marco de cooperación internacional llamado Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular, que consta de 23

¹³ Aunque esta Declaración no es un tratado, ya que no genera obligaciones legales para los miembros de la comunidad internacional, es la conjunción de los valores esenciales que son compartidos por todos los miembros de la comunidad internacional y que ahora forma parte del derecho consuetudinario internacional.

¹⁴ Esta Convención fue aprobada el 21 de diciembre de 1965 y su entrada en vigor tiene fecha del 04 de enero de 1969.

objetivos y compromisos que abarcan todo el ciclo migratorio y cuya base reside en los derechos humanos. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), a través de este Pacto Mundial, marca la pauta para mejorar la gobernanza migratoria y posicionar a las personas migrantes y sus derechos humanos como prioridad, independientemente de su estatus migratorio (ACNUDH, 2018).

Las líneas discursivas de México al respecto del Pacto, señalan que hay una aceptación del compromiso de cumplimiento de los 23 objetivos y cuya instrumentación se traduce en “acciones concretas”, como la promoción del “acceso seguro de los migrantes a servicios básicos de salud [...]”, “la protección de migrantes en situaciones de vulnerabilidad” y “una sólida perspectiva de género y diversidad” (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2018). Asimismo, con la adopción del Pacto, existe una alineación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, motivando así una reorganización de las políticas públicas que garanticen el trato digno a las personas migrantes (Unidad de Política Migratoria, 2018).

Cuando se habla de una perspectiva de derechos humanos en México, es preciso mencionar que existe un marco legal cuyo enfoque no se concentra en la migración o los procesos de movilidad humana, pero que favorece la protección de los derechos de las personas migrantes. En la última década, se han aprobado en el país distintas leyes que tienen por objetivo la protección de los derechos de las minorías y poblaciones vulnerables, así como su inclusión en el ámbito público. En este grupo de leyes, no siempre se menciona explícitamente a las personas migrantes, sin embargo, la protección a este grupo social existe implícitamente.

Para efectos de la presente investigación, se mencionan algunas de las leyes que protegen de manera implícita o explícita a la población migrante en materia de salud o contra tratos discriminatorios para el acceso a servicios de salud. La Ley General para Prevenir y Sancionar los Delitos en Materia de Secuestro del 2010, establece la obligación del Estado de brindar apoyo y asistencia médica y psicológica para víctimas de este delito¹⁵; la Ley

¹⁵ A pesar de que esta ley se enfoca en las víctimas del delito de secuestro, se incluye en este marco legal debido a que las mujeres migrantes también son propensas a ser víctimas de secuestro en su tránsito por México, y

General de Víctimas del 2013, que contiene un capítulo¹⁶ que aborda la obligación existente del Estado mexicano de brindar asistencia a las víctimas de origen extranjero en México independientemente de su situación migratoria y; la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, reformada en 2014 y en la que se hace hincapié en que cuestiones como el origen étnico, nacional y la condición migratoria no deben sustentar actos de exclusión y/o diferencia dentro del territorio mexicano.

La Ley sobre Refugiados, Protección Complementaria y Asilo Político, publicada en 2011, se incluye dentro del marco legal que brinda protección y atención integral a las personas extranjeras que se encuentren en territorio mexicano, específicamente aquellas que soliciten asilo o refugio en México bajo supuestos determinados y que se basa en el principio de no devolución¹⁷.

De acuerdo con el marco legal señalado, las personas migrantes en México gozan de los mismos derechos humanos y garantías que se establecen en la Constitución mexicana y los tratados internacionales de los que México es signatario (Bobes León, 2020, pp. 84). En este sentido, se debe entender que, para todas las personas migrantes que residan o transiten por el país, existe la libertad de movimiento y la garantía de no criminalización de la migración.

Para comprender todos los instrumentos legales que existen en México en materia migratoria y acceso a la salud, es indispensable mencionar que en el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se indica que toda persona en territorio nacional tiene derecho a la protección de la salud y a los servicios de salud que atiendan de forma integral y sin costo para aquellas personas que no cuenten con seguridad social.

porque, derivado de situaciones de secuestro que incluyan violencia sexual, podrían requerir o solicitar atención médica especializada en materia de salud sexual y reproductiva.

¹⁶ En este apartado, se establece la posibilidad de regularización o repatriación voluntaria para las víctimas y se prohíbe su alojamiento en estaciones migratorias (Bobes León, 2020, pp. 14)

¹⁷ Este principio refiere a la obligación del Estado de no devolver o expulsar a su país de origen a aquellas personas que soliciten y se les otorgue el reconocimiento de la condición de refugiado, puesto que es en su país de origen donde su vida, su integridad o su libertad se encuentran amenazadas.

A su vez, la Ley General de Salud¹⁸, reglamenta el derecho a la protección de la salud y, en su Artículo 1º, indica las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establece los casos de coincidencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salud. El Artículo 2º de esta ley, refiere a que el derecho a la protección de la salud incluye, entre otras cosas, el disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social, el disfrute de servicios de salud que satisfagan las necesidades de la población y; en el caso de las personas que no cuenten con seguridad social, deberá ofrecerse como prestación gratuita los servicios de salud, medicamentos y otros insumos sanitarios (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2024).

En materia migratoria, la legislación tiene una historia reciente. El año 2011 marcó la historia de la política migratoria mexicana con la aprobación de la reforma constitucional en materia de derechos humanos, la Ley de Migración y la Ley sobre Refugiados, Protección Complementaria y Asilo Político (Bobes León, 2020, pp. 10).

La reforma constitucional y, específicamente, la reformulación del capítulo I del Título Primero, significó la creación de un nuevo paradigma cuyo pilar fue conformado por los derechos humanos, colocándolos a la altura de los estándares internacionales, y considerando el principio *pro persona*, además de establecer la obligación del Estado de “*promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, además de prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los mismos* (Bobes León, 2020, pp. 10).” Además de lo señalado previamente, y en lo respectivo al tema migratorio, la reforma logró que se reconociera el derecho al asilo político y al refugio por cuestiones humanitarias.

Los cambios constitucionales fueron un parteaguas en materia migratoria, sin embargo, con la entrada en vigor de la Ley de Migración en 2013¹⁹, se modificó, entre otras cosas, la gestión de los procesos migratorios. A su vez, dicha ley establece la necesidad de abordar la

¹⁸ Cuyo texto vigente corresponde a la última reforma publicada el 31 de enero de 2024 en el Diario Oficial de la Federación: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf

¹⁹ La Ley de Migración fue publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 25 de mayo de 2011, con el propósito de regular el ingreso y salida de personas mexicanas y extranjeras, así como para mantener un control sobre el tránsito y la estancia de personas extranjeras dentro de territorio mexicano.

migración desde una visión integral que tome en cuenta todas las etapas de la movilidad; señala la corresponsabilidad y solidaridad con otros Estados y sustenta la política migratoria mexicana en el respeto a los derechos humanos de las personas migrantes (Bobes León, 2020, pp. 11).

Algunos de los objetivos de la Ley de Migración son: la facilitación de la movilidad; igualdad de derechos entre nacionales y extranjeros; la reunificación familiar; la protección del interés superior de la niñez y; la promoción de la integración social (a las comunidades de estancia temporal o permanente). En cuanto a la obligación del Estado de garantizar igualdad de trato a las personas migrantes y el ejercicio de derechos sociales, económicos y culturales, así como al acceso a servicios educativos y de salud o de impartición de justicia, se señala que el Estado no debe hacer distinciones entre población migrante por cuestiones relativas al estatus migratorio de quien lo solicite.

El Artículo 2 de la Ley de Migración, señala que el principio de respeto irrestricto a los derechos humanos será la base de la política migratoria mexicana. Además, se identifica que en el Título Quinto y en el Título Séptimo de su Reglamento, se establece la protección a las personas en movilidad y se tipifican como delitos aquellos actos vinculados con la trata de personas y el secuestro de migrantes. Dentro de este Reglamento, se regularizan procesos orientados a la protección y salvaguarda de la dignidad humana, entre los que se incluyen la protección de la salud y las condiciones de vida digna, así como la prohibición de tratos crueles o degradantes y la protección de los derechos de grupos vulnerables, como lo son infancias, mujeres y víctimas de delitos. A su vez, se decretan sanciones para los funcionarios cuyas acciones u omisiones violen los derechos de las personas migrantes y se incluye a la sociedad civil como actor coadyuvante²⁰ dentro de la dinámica migratoria.

²⁰ Se reconoce a la sociedad civil como actor coadyuvante en lo que respecta a la política migratoria y, sobre todo, en los procesos de provisión de alojamiento, acompañamiento y protección. También se descriminaliza a los individuos o grupos de defensa de las personas migrantes y sus derechos. (Bobes León, 2020, pp. 85).

En el Artículo 8 de esta ley se destaca que a las personas migrantes se deberá garantizar su derecho a recibir atención médica de cualquier índole, ya sea que ésta sea provista a nivel público o privado. Lo anterior no debe restringirse con base en la condición migratoria de las personas, según lo establecido en las disposiciones legales y reglamentarias (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2011).

En el mismo tenor, el Artículo 27 de la Ley de Migración decreta que la Secretaría de Salud tiene la responsabilidad de impulsar la coordinación con las autoridades del sector salud de los distintos niveles de gobierno a fin de garantizar la prestación de servicios de salud sin importar la condición migratoria.

Dado que la presente investigación se enfoca en los servicios de salud prestados en la Ciudad de México, es preciso señalar la legislación en el ámbito local, es decir, la Ley de Salud de la Ciudad de México.

En su Artículo 1º, se indica la obligatoriedad de garantizar acciones que garanticen la prestación de servicios de salud en colaboración con el Instituto Nacional para el Bienestar (INSABI) a través de un Acuerdo de Coordinación. En este mismo artículo, en el apartado VII, se apunta la obligación de establecer las bases del “Modelo de Atención a la Salud”, cuya base es el enfoque de Derechos Humanos, la Atención Primaria de Salud Incluyente, la interculturalidad y transversalidad, el acceso universal gratuito, integralidad en la atención y la estrategia organizacional de Redes Integradas de Servicios de Salud²¹.

²¹ De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su documento “Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS): Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación, define las RISS como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. Asimismo, expone y explica los atributos fundamentales que deben construirse para un adecuado funcionamiento: el modelo asistencial, gobernanza y estrategia, organización y gestión y asignación e incentivos. Fuente: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, 2020. https://drive.google.com/file/d/1oDy8AXBzbyoMI2chmFPa8_fewiWtsqAF/view?pli=1

En el Artículo 2°, se manifiesta que todas las personas que habiten en la Ciudad de México, independientemente de su edad, género, situación económica o social, identidad étnica u otra característica no señalada, tienen derecho a la salud.

Dentro del Artículo 3°, se indican los principios bajo los cuales se regirá el derecho a la salud, mismos que se enuncian a continuación: equidad, gratuidad, interés superior de la niñez (incluyendo adolescencias), interculturalidad, perspectiva de género, progresividad, no discriminación, solidaridad y universalidad. Los servicios de salud sexual y reproductiva se mencionan como servicios básicos para efectos del derecho a la salud dentro del Artículo 5° (Gobierno de la Ciudad de México, Gaceta Oficial de la Ciudad de México, 2021).

El Capítulo VII de la misma ley, se dedica en su totalidad a los servicios de salud sexual, reproductiva y de planificación familiar. Dentro de este apartado, se posiciona a la atención de la salud sexual y reproductiva como prioritaria y se garantiza la promoción y aplicación permanente de políticas y programas integrales sobre educación sexual, derechos reproductivos y maternidad/paternidad responsable. De igual manera, el Gobierno se compromete a “brindar servicios gratuitos de información y orientación en la materia y el suministro constante de [...] métodos anticonceptivos cuya eficacia y seguridad estén acreditadas científicamente” (Gobierno de la Ciudad de México, Gaceta Oficial de la Ciudad de México, 2021).

Por su parte, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, cuenta con la Clínica Especializada Condesa (CEC), con sedes en las alcaldías Cuauhtémoc e Iztapalapa, que fungen como centros de prevención, detección y atención del VIH/SIDA en la ciudad y ofrece tratamiento integral a personas con diagnóstico de VIH. Cuenta con un “modelo ambulatorio de atención médica con personal especializado [...] en el manejo de medicamentos antirretrovirales” (Clínica Condesa, 2022).

En la Clínica existen actualmente seis programas²² para la protección de la salud sexual en la Ciudad de México. Para los efectos de esta investigación, se mencionan únicamente los siguientes, por vincularse con el tema tratado: el *Programa Clínica Santuario: Protección y atención de VIH para Personas Migrantes y Mexicanos Repatriados*; el *Programa de Alcance Comunitario para el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual de la Ciudad*

de México y; el Programa de Sobrevivientes de Violencia Sexual para la Atención Médica en Ciudad de México²³ (Clínica Condesa, 2024).

En la presentación del Programa de Clínica Santuario²⁴, se denomina a la Ciudad de México como “ciudad refugio”, en la que es imperativa la protección a la salud de las personas migrantes o en confición de refugio que vivan con VIH, bajo el principio de no discriminación (Leyva y Morales, s.f.) Así es como, de la mano del Centro para la Prevención y Atención del VIH de la Ciudad de México, la Clínica Condesa inició la estrategia de atención médica a migrantes con VIH que se encuentren en situación de vulnerabilidad. para el caso de mujeres migrantes con VIH, se enfatiza en la obligatoriedad de la provisión de atención integral oportuna, que garantice el tratamiento antirretroviral y demás medidas de salud que garanticen la salud de la mujer gestante y del producto/feto (Leyva y Morales, s.f.).

Sobre la política social para migrantes, en la Ciudad de México se ha intentado llevarla desde una dimensión “utópica” de ciudad intercultural y hospitalaria (Ortega-Ramírez, 2024). En 2006, el gobierno de la capital creó la primera institución oficial de atención a migrantes: el Centro de Atención a Migrantes y sus Familias, en la entonces Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades (SEDEREC), cuya operación finalizó en 2018. Durante su funcionamiento, algunos programas de política pública fueron creados, como el programa “Migrante, Bienvenido a la Ciudad de México” (Ortega-Ramírez, 2024).

²² Información actualizada al 12 de enero de 2024 en: <https://condesa.cdmx.gob.mx/index.php/programas>

²³ Este último no contempla a las mujeres migrantes como parte de la población objetivo del programa, sin embargo, se incluye para efectos del análisis de los programas existentes en la ciudad y cuáles son los servicios ofrecidos y la población a la que van dirigidos.

²⁴ El Programa Clínica Santuario fue creado en marzo de 2017 como parte de las políticas del Gobierno de la Ciudad de México con el propósito de facilitar el acceso a servicios de salud para las personas migrantes (especialmente provenientes de Centroamérica o mexicanos repatriados) que viven con VIH y agilizar su acceso a un diagnóstico y atención médica, bajo ningún tipo de discriminación y garantizando el respeto a sus derechos humanos. Las Clínicas Santuario continúan vigentes brindando servicios, y son el principal centro de detección de VIH en México. Véase: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5a6/a75/cd3/5a6a75cd335d8394197872.pdf>

Ya con la entrada de la actual administración y el inicio de labores de Claudia Sheinbaum como jefa de gobierno de la ciudad en 2018, la SEDEREC desapareció para dar paso a la Secretaría de Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades Indígenas Residentes (SEPI), mientras que los asuntos relacionados con la migración pasaron a manos de la Secretaría de Inclusión y Bienestar Social (SIBISO), en la que se incluyó un área coordinadora para llevar el programa llamado “Ciudad Hospitalaria y movilidad humana” a partir de 2020 (Ortega-Ramírez, 2024).

1.6. Marco normativo para protección a la salud de las mujeres migrantes

A pesar de la existencia de los acuerdos internacionales e instrumentos legales actuales que incluyen a todas las mujeres en procesos de movilidad como sujetos de derechos humanos, y que establecen la salud como un derecho al que se debe garantizar el acceso independientemente de la condición migratoria, en el año 2020 (marcado por la pandemia de la COVID-19), el porcentaje de mujeres extranjeras que no contaban con acceso a servicios de salud en México fue de 44.4% (Reyes Miranda, 2020).

En 2016, al respecto de la XIII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, dentro de la Estrategia de Montevideo²⁵, en los ejes de trabajo, se resalta la necesidad de una “armonización normativa regional” en cuanto a la migración internacional de mujeres, niñas y adolescentes. Se hace hincapié en que este grupo social, cuando se encuentra en procesos migratorios, requiere un tratamiento diferenciado para garantizar el acceso y protección de sus derechos en cuanto a la salud se refiere.

Dentro del marco normativo internacional, existen el Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU y el Órgano Internacional de supervisión del Pacto

²⁵ Nombada oficialmente como la Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el marco de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030. Fue aprobada por los miembros de la CEPAL en la XIII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Su objetivo principal es impulsar la Agenda Regional de Género y servir como hoja de ruta para lograr los objetivos de la Agenda 2030 con perspectiva de género y enfoque de derechos humanos de las mujeres. Información recuperada de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41011-estrategia-montevideo-la-implementacion-la-agenda-regional-genero-marco>

Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), mismo que busca la aplicación y cumplimiento del Pacto, incluyendo el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes (Reyes Miranda, 2020).

Capítulo II. Políticas públicas de salud migratoria: una evaluación al funcionamiento y pertinencia del PIASM en materia de salud femenina

2.1. Aterrizando el concepto de política pública

En el estudio de las ciencias sociales y las ciencias políticas existen diversas definiciones del concepto de *política pública*. Aguilar Villanueva proponía en 1992 una definición para este concepto como un “campo de actividad gubernamental (haciendo hincapié en las políticas de salud, por ejemplo)”, un “propósito general a realizar”, una “situación social deseada”, una “propuesta de acción específica”, un grupo de normas existentes orientadas a una problemática específica o el “conjunto de objetivos y programas de acción que tiene un gobierno en un campo determinado”²⁶.

Eugenio Lahera (2004), de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) describe a las políticas públicas como una parte sustancial de las obligaciones del gobierno en cuanto a su diseño, gestión y evaluación²⁷. En su texto “*Política y Políticas Públicas*”, el autor hace énfasis en que la política y las políticas públicas son conceptos y entidades diferentes, pero que se retroalimentan mutuamente dentro del sistema político. Al igual que Aguilar, Lahera define a las políticas públicas como “soluciones específicas para el manejo de los asuntos públicos” (Lahera, 2004). Asimismo, el autor²⁸ considera a los gobiernos como instrumentos para la realización de políticas públicas que permitan vincular los temas tratados a soluciones más amplias o de mayor impacto. En pocas palabras, el gobierno no puede dejar de lado la política pero tampoco las políticas públicas, ya que éstas últimas, sin un soporte gubernamental sólido, se convierten en actividades sin ejecutarse, que no llegan al objetivo para el cual fueron creadas.

²⁶ Texto “La Hechura de las Políticas”, publicado en 1992 por el Doctor Luis F. Aguilar Villanueva a manera de estudio introductorio en torno a las políticas públicas y a los textos fundamentales escritos sobre esta materia. Véase: <https://politicaspUBLICASydeporte.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/09/la-hechura-de-las-politicasp3bublicas.pdf>

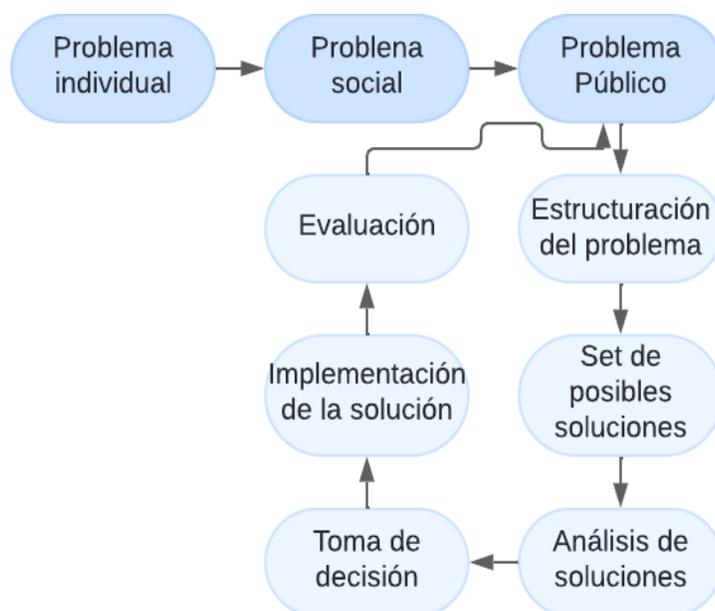
²⁷ La publicación “Política y Políticas Públicas” (2004) es un texto que forma parte del proyecto “Política y Políticas públicas en los procesos de reforma en América Latina. Similitudes y diversidades”, que se llevó a cabo por la CEPAL de la mano del Gobierno de Francia.

²⁸ Ídem, 2004.

A la pregunta “¿cómo es una buena política pública?” Lahera²⁹ responde que una política pública de calidad deberá incluir los siguientes contenidos: orientaciones o secciones, instrumentos o mecanismos, definiciones, modificaciones institucionales y previsión de los resultados.

Por su parte, Serrano y Vázquez³⁰ (2020) proponen un esquema simple y resumido que refleja el ciclo de vida de las políticas públicas, como se muestra a continuación:

Figura 1. Ciclo de vida de las políticas públicas



Fuente: Elaboración propia con base en el diagrama “El ciclo de vida de las políticas públicas”, elaborado por Serrano y Vázquez (2020) dentro del texto “Enfoque de derechos humanos y migración”, p. 30.

²⁹ Ídem, 2004.

³⁰ Información obtenida del artículo “Enfoque de derechos humanos y migración”, contenido dentro del libro “Política migratoria y Derechos de los Migrantes en México”, coordinado por Velia Cecilia Bobes León, de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), sede México, pp. 25-46.

2.2. Políticas públicas en materia migratoria en México

A pesar de que la relación histórica de movimientos migratorios, negociaciones en torno a la migración y las acciones con las que se ha buscado hacer frente de manera bilateral al fenómeno de la movilidad entre México y Estados Unidos es sumamente extensa y digna de un análisis profundo, no es el punto central que compete a esta investigación. Sin embargo, es preciso contar con información, aunque sea de forma breve, sobre el contexto internacional/bilateral que perdura entre ambas naciones respecto de la gestión migratoria, para poder comprender el actuar del Estado mexicano frente a las demandas de la población migrante y la necesidad de políticas públicas.

En México, a pesar de que históricamente las políticas públicas en materia migratoria se han situado en un lugar prioritario dentro de la agenda gubernamental, el papel que éstas cumplen para actuar efectivamente frente a los fenómenos migratorios y lograr una adecuada gestión de la migración es digno de una revisión profunda, ya que, como menciona Castillo (2008), la política migratoria del Estado mexicano ha “dejado mucho que desear” y que ha abandonado de alguna forma las necesidades y derechos de la población en movilidad³¹.

Alba (2010), argumenta que el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) fungió como una política migratoria, aunque fuera dirigida a desincentivar la migración mexicana hacia Estados Unidos³² y Sandoval y Montoya (2016) complementan la idea con el señalamiento de la acción del Estado mexicano limitada, al menos durante varias décadas, al control fronterizo (norte y sur del país), y más recientemente, a la persecución y represión de personas que cruzan la frontera sur de México y la ausencia de una política pública orientada a las personas en tránsito o más aún, una política institucional sin enfoque de derechos humanos ni perspectiva de género.

³¹ Es preciso abonar en este punto que diversos autores estudiosos del tema de las políticas públicas orientadas a la migración en México, incluyendo al citado en esta sección (Castillo, 2008), hacen referencia a la llamada “política de la no política”, postura (a la que también se le considera de “inacción”) del gobierno mexicano hasta la década de 1990. Lo anterior quiere decir que durante al menos dos décadas, existió un nivel mínimo de acción gubernamental por parte de México y también de Estados Unidos en cuanto a la dinámica migratoria histórica entre ambas naciones.

³² Esta afirmación de que el TLCAN funcionó como una política migratoria emana de la naturaleza misma del tratado, pues éste buscaba generar más y mejores empleos e incrementar los salarios en México, con el propósito de frenar la migración mexicana hacia el país vecino.

De acuerdo con Alba (2010), a pesar de que en 2001 el gobierno mexicano entabló negociaciones con Estados Unidos para hacer frente a los movimientos migratorios de personas originarias de México a través de cinco objetivos específicos³³, entre los cuales se encontraban la “creación” de condiciones seguras para las actividades económicas en torno a la frontera entre ambos países y para el cruce de personas a través de ella, así como la cooperación para impulsar el desarrollo económico de las principales regiones de origen de las personas migrantes. A pesar de todo, estas negociaciones y propuestas se modificaron por el cambio de contexto internacional luego de los acontecimientos del 11 de septiembre de 2001, mismos que fomentaron el establecimiento de nuevas políticas en torno a la migración con un carácter más restrictivo (Alba, 2010).

En lo que a la ejecución de la política pública se refiere, Cárdenas y Vázquez (2013) resaltan la idea de Castillo (2008) sobre la operación de una “política pública selectiva de control que presiona el flujo migratorio e impide a los migrantes nacionales y extranjeros acceder a recursos de protección y de asistencia social (Castillo, 2008)”. Desde hace poco más de tres décadas, con el establecimiento de programas de acción para la atención a las diferentes etapas de los procesos migratorios, tales como el Programa Bienvenido Paisano de 1989, los Grupos Beta de 1990, 1994 y 1995 o la Propuesta de Política Migratoria Integral para la Frontera Sur de México de 2005, por mencionar algunos, se ha buscado de alguna forma dar respuesta a las necesidades de la población migrante. No obstante, podría decirse que los programas creados por los diferentes gobiernos en México en torno al fenómeno migratorio se han enfocado únicamente en una parte del problema, y no siempre contemplan las necesidades particulares de los diferentes grupos que conforman los flujos migratorios, así como las necesidades de protección y asistencia diferenciadas con base en la composición social de los flujos migratorios, por ejemplo, mujeres e infancias.

³³ Además de los mencionados en el párrafo, los objetivos que forman parte de los cinco que se acordaron en su momento entre ambos países, se encuentran la regularización del estatus migratorio de mexicanos que se encontraran viviendo en Estados Unidos sin documentación legal, la instauración de un programa de trabajadores temporales y la búsqueda de un mayor número de visas de inmigración estadounidenses para ciudadanos mexicanos. Véase: <https://www.migrationpolicy.org/research/protection-through-integration-mexican-governments-efforts-aid-migrants-united-states>

En este mismo orden de ideas, Cárdenas y Vázquez (2013) argumentan que en México hay

poca coordinación entre las dependencias de los tres niveles de gobierno y también una vinculación débil con las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales. Estas últimas son consideradas como ejecutoras de las tareas de asistencia y apoyo para los grupos de población en movilidad ante la falta de respuesta gubernamental.

Las políticas públicas en torno a la migración en México han sido establecidas y modificadas con base en las coyunturas e intereses específicos de cada gobierno, sin embargo, se ha mantenido el discurso de la importancia de la garantía del acceso a la salud de las personas migrantes, como un derecho humano que debe protegerse por el tiempo que dure la estancia de las personas en movilidad.

2.3. Políticas públicas de salud migrante y su relevancia en la garantía y protección de los derechos humanos de la población en movilidad

En el año 2014, el gobierno mexicano autorizó el acceso al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), particularmente al Seguro Popular, a personas migrantes en tránsito, independientemente de su estatus migratorio por un periodo de hasta noventa días. El Seguro Popular es un programa social del Poder Ejecutivo que, a su vez es administrado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, con el propósito de prestar servicios de salud a la población que no cuente con afiliación a un seguro social o privado (Pérez Bravo, 2018). Con ello se buscó que las personas migrantes afiliadas al Seguro Popular pudieran tener acceso a los beneficios sin necesidad de presentar ningún documento, bajo el entendimiento de que la afiliación era temporal (Leyva et al., 2015). El objetivo era que, con la afiliación, las personas migrantes recibieran una Carta de Derechos y Obligaciones y una póliza de afiliación, informándoles sobre el acceso a servicios de salud durante todo su trayecto. Esta iniciativa permitía a las personas migrantes acceder a un paquete de servicios con cobertura de 266 acciones de atención preventiva y curativa. Los padecimientos, medicamentos y los materiales o recursos cubiertos por el Seguro Popular se encontraban delimitados en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) para conocimiento de las personas usuarias.

Es preciso mencionar que, a pesar del avance que representó en su momento la garantía de acceso a los servicios de salud para las personas migrantes independientemente de su

condición migratoria, la realidad es que, para aquellas personas en situación migratoria irregular, el acceder a servicios de salud se transformó en un desafío debido a la criminalización, la existencia de trabas legales y la ausencia de una perspectiva de derechos humanos (Pérez Bravo, 2018). Las personas migrantes en condición irregular por lo general son relegadas al trabajo informal o al desempleo, lo que les impide el acceso a los servicios de salud ofertados en los sectores público y privado. Lo anterior se contrapone a lo establecido en la CPEUM, al supeditar el acceso a estos servicios a la obtención de la póliza temporal y no renovable.

Con la incorporación de las actividades y funciones del INSABI al IMSS-Bienestar en 2023, se buscó que un solo órgano descentralizado fuera el proveedor de los servicios de atención sanitaria a toda la población dentro del territorio mexicano. El propósito de esta fusión es la regulación del nuevo modelo de atención de la salud impulsado por el gobierno mexicano, es decir, un Sistema de Salud para el Bienestar. Con este modelo, se buscó preservar la gratuidad de los servicios de salud, medicamentos y otros insumos requeridos por personas sin acceso a seguridad social, incluyendo a las personas en contextos de movilidad.

2.4. El Plan Integral de Atención de la Salud de la Población Migrante como propuesta de solución a las necesidades de salud migrante femenina

En el contexto del incremento de los flujos migratorios hacia México y Estados Unidos, el gobierno mexicano sostuvo, desde el inicio del presente sexenio (2018-2024), la necesidad de mantener la salud migrante como un tema prioritario dentro de la agenda nacional. Sobre esta idea, se creó el Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante (PIASM), estrategia de política pública diseñada para identificar y reconocer las necesidades de salud de la población en movilidad en cualquiera de las etapas del proceso migratorio y con base en ello brindar la atención médica o sanitaria correspondiente. El PIASM toma en cuenta los perfiles epidemiológicos de los lugares de procedencia, factores relativos al estilo de vida de las personas, propensiones genéticas a determinadas patologías y consideraciones

relacionadas con la atención de personas migrantes víctimas de violencia sexual o trata de personas (OIM, 2024).

Con la creación del PIASM, se buscó el fortalecimiento del control y la regulación sanitaria, la administración adecuada de la información y el monitoreo en el ámbito de la salud, además de la garantía de acceso a los servicios de salud para la población en condiciones de movilidad en México (Secretaría de Salud, 2019 y OIM, 2024).

De acuerdo con el documento oficial del PIASM, éste es aplicable *“para todas las instancias del sector salud, con adición de las instituciones y organizaciones nacionales e internacionales, así como de los sectores público, social y privado que participen en la atención en salud de la población migrante (Secretaría de Salud, 2019).”* Los objetivos principales del Plan incluyen la atenuación de las consecuencias de la desigualdad a través de la facilitación del acceso a los servicios de salud, la limitación de la discriminación o estigmatización de las personas en movilidad, la eliminación de los posibles obstáculos que limiten, impidan o condicionen el acceso a medidas de prevención y promoción de la salud, el acceso a un diagnóstico y tratamiento oportunos, tratamientos que prioricen la cura de los padecimientos y minimización de las experiencias negativas del proceso migratorio en lo que refiere a la atención a la salud (Secretaría de Salud, 2019 y OIM, 2024).

El PIASM contempla acciones administrativas y operativas a nivel federal, estatal y local, con el propósito de brindar atención primaria, de urgencias, hospitalización, rehabilitación o cuidados paliativos independientemente de la condición migratoria (Secretaría de Salud, 2019). Lo anterior debe ser aplicado en todos los niveles del sector salud, además, las instituciones y organizaciones nacionales e internacionales también tienen la responsabilidad de aplicar las acciones determinadas por el PIASM, así como instituciones pertenecientes al sector público o privado que brinden atención a la salud a personas en contextos de movilidad. A nivel federal, la persona que funja como Titular de la Secretaría de Salud tiene la obligación de proponer, definir y coordinar la incorporación de acciones estratégicas de atención a la salud de las personas migrantes, en los tres órdenes de gobierno y con la participación de las organizaciones e instituciones involucradas (OIM, 2024). A nivel local,

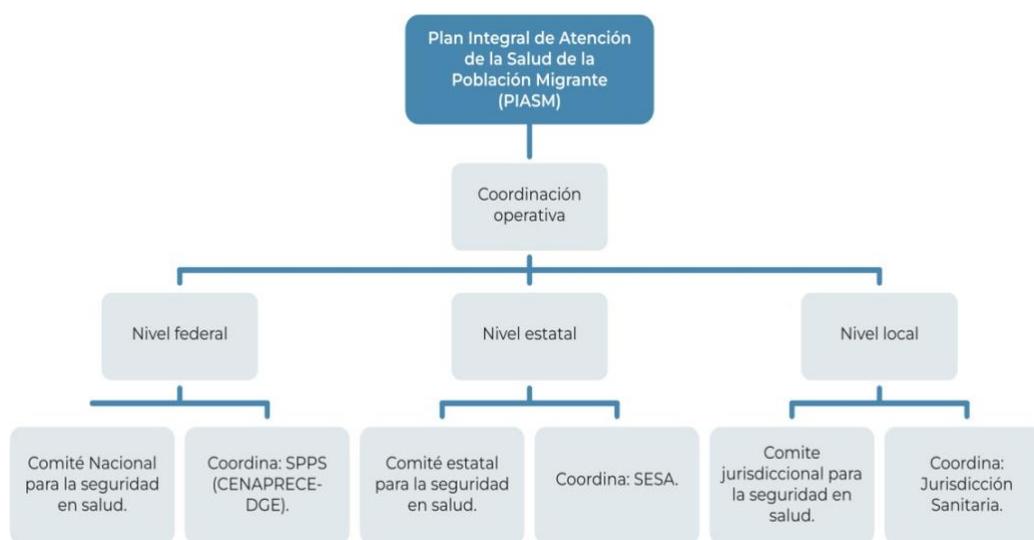
el seguimiento a lo establecido en el PIASM es responsabilidad de las personas que desempeñan un rol de liderazgo de instituciones públicas y privadas de los servicios de salud, lo que implica llevar a cabo sesiones extraordinarias del Comité Estatal para la Seguridad en Salud, en las que se deberá establecer las responsabilidades de los participantes y dar pie a sesiones de seguimiento.

La coordinación operativa del PIASM distribuye las responsabilidades y la implementación de acciones entre los ámbitos federal, estatal y local. En cada uno de éstos se otorgaron nombramientos para que los Comités nacionales, estatales y locales en materia de seguridad sanitaria estén coordinados de la siguiente manera:

- 1) Nivel federal: a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS); el Consejo del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE); y la Dirección General de Epidemiología (DGE)
- 2) Nivel estatal: a través de los Servicios Estatales de Salud (SESA)
- 3) Nivel local: a través de las Jurisdicciones Sanitarias (JS)

El siguiente diagrama (Figura 2) ilustra la distribución de la coordinación operativa del PIASM:

Figura 2. Distribución de la coordinación operativa del PIASM



Fuente: OIM (2024). "Evaluación de brechas de información de datos de salud sobre población migrante en México (Tapachula, Chiapas): Barreras, actores clave, desafíos y oportunidades." Disponible en: <https://kmhub.iom.int/sites/default/files/2024-05/INFORME%20MEXICO%201.pdf>

El PIASM enfoca los esfuerzos en la atención a la salud mental y la atención a la salud sexual y reproductiva, sobre todo en embarazo, anticoncepción y atención a la violencia sexual. Durante el año 2020 el documento oficial del PIASM fue modificado y actualizado, y en la siguiente tabla (Tabla 3) se detallan algunas de las acciones planteadas en la modificación del 2020, con relación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes.

Tabla 3. Acciones determinadas y responsables estipuladas en el PIASM

Institución o personal responsable	Acciones determinadas
<p>Personal médico operativo de los servicios de salud³⁴</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Atención adecuada de urgencias médicas, priorizando la estabilización y el diagnóstico de la persona ● Canalización oportuna a centros o instituciones de salud con mayor capacidad de acción
	<ul style="list-style-type: none"> ● Atención a la persona embarazada y a la persona recién nacida

Nivel local
Distrito Sanitario

- Resolución de padecimientos y diagnósticos oportunos
- Favorecimiento de la lactancia materna
- Censo de mujeres en edad fértil en los refugios, albergues o casas del migrante para distribución de métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia
- Talleres y asesorías de promoción de la salud, educación sexual y educación preventiva en materia sexual y reproductiva
- Proponer el paquete básico de intervenciones del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA), mismo que puede llevarse a cabo en las instalaciones de albergues o referir a las unidades de salud
- Oferta de pruebas rápidas de VIH
- Vigilancia epidemiológica: ITS y otras enfermedades contagiosas
- Identificación de mujeres embarazadas
- Identificación de mujeres en riesgo, incluyendo riesgo de violencia sexual o trata de personas
- Capacitación a mujeres embarazadas y/o puérperas
- Censo de mujeres en lactancia
- Consejería y capacitación para mujeres en movilidad sobre salud materna y violencia de género
- Difusión de información sobre planificación familiar, embarazo, parto, puerperio, lactancia, violencia sexual, prevención del embarazo, prevención de ITS, interrupción del embarazo

Fuente: Elaboración propia con base en información del PIASM, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ipas CAM y OIM. Disponible en: <https://kmhub.iom.int/sites/default/files/2024-05/INFORME%20MEXICO%201.pdf>

2.5. Intencionalidad del proyecto de evaluación

A pesar de la existencia del PIASM y de otras estrategias, acciones y programas impulsadas por el gobierno federal y los gobiernos locales, la atención en materia de salud para la población migrante sigue teniendo áreas de oportunidad, y, por lo general las personas migrantes que llegan a requerir algún servicio de salud lo encuentran en estaciones migratorias, pero sobre todo en casas del migrante o refugios operados por la sociedad civil. Aunado a lo anterior, en muchas ocasiones, las personas que recurren a los servicios de salud en instituciones públicas son atendidos por personal que no tiene una preparación correcta para atender a esta población, además, las instituciones no siempre cuentan con insumos y recursos humanos suficientes (Juárez-Medina, 2023).

La intención de este proyecto de evaluación es analizar el impacto que tiene esta herramienta de política pública a nivel local, específicamente en la Ciudad de México en temas de salud sexual y reproductiva para las mujeres migrantes en situación migratoria irregular. Al ser una propuesta gubernamental de acción en beneficio de las personas en movilidad, la cobertura debería estar garantizada en todas las entidades federativas. Sin embargo, es más frecuente encontrar respuesta en las Organizaciones de la Sociedad Civil que en instituciones públicas. Lo anterior detonó el interés de evaluar los efectos del PIASM en la Ciudad de México, al ser una entidad clave en la ruta migratoria, que cobra cada vez mayor relevancia en el tema migratorio al visibilizarse el incremento de flujos que se asientan de forma temporal e incluso permanente y cuyas necesidades de salud requieren de atención.

Capítulo III. Diseño metodológico

En este capítulo se busca plantear el diseño metodológico empleado durante el trabajo de investigación, el trabajo de campo y la generación de la información relevante proporcionada por personal de Organizaciones de la Sociedad Civil, Organizaciones No Gubernamentales, organizaciones religiosas y otros actores relevantes con sede en la Ciudad de México sobre la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres migrantes en tránsito por la ciudad, así como su conocimiento sobre la existencia y campo de acción del Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante, como herramienta de la política migratoria del gobierno federal de Andrés Manuel López Obrador. En este sentido, se presenta la estrategia metodológica con la que se desarrolló esta investigación.

3.1. Estrategia metodológica

La investigación se llevó a cabo bajo la metodología cualitativa, por orientarse a la producción de datos descriptivos, como palabras, vivencias o discursos de las personas, quienes pueden expresar ideas de forma hablada y escrita (Taylor y Bogdan, 1986 en Cueto, 2020). De acuerdo con Balcázar y colaboradores (2006), la investigación cualitativa emplea la observación y su propósito es la reconstrucción de la realidad, pues desarrolla una descripción cercana a la realidad que es investigada. Por lo anterior, con esta metodología se busca responder a las preguntas “¿por qué?” y “¿para qué?”, para contribuir a la interpretación de fenómenos sociales complejos antes de proceder a su cuantificación.

Balcázar (2006) puntualiza la investigación cualitativa es inductiva, que intenta comprender a las personas dentro del marco de referencia del propio investigador; considera todas las perspectivas valiosas para el estudio; considera que todos los escenarios y todas las personas son dignos de estudio; puede ser aplicada en estudios del ámbito micro, porque profundiza en la situación; se orienta más hacia lo que es significativo para las personas participantes; puede ser aplicable en distintas disciplinas; y es adecuada para el análisis de fenómenos complejos.

La investigación cualitativa se distingue por su diseño abierto y no tan formal como la investigación cuantitativa, ya que se establece una ruta de trabajo que puede cambiarse y que

puede estar sujeta a cambios constantes. El diseño de esta metodología es flexible y se orienta a los descubrimientos, a la exploración; busca comprender, describir y descubrir. No tiene la rigurosidad de un diseño previamente establecido, ya que el diseño se construye durante el proceso de la investigación, y está sujeto a cambios, redefiniciones y reorientaciones. Los objetivos de este tipo de investigación marcan el proceso, y el investigador es sujeto de la investigación (Balcázar, 2006).

Con la investigación cualitativa se busca la comprensión de una situación social, sin hacer predicciones sobre la misma, y el investigador juega un rol fundamental al ser principal instrumento de recolección de información y su interacción con el objeto de estudio (Zerpa de Kirby, 2016). La investigación cualitativa es contextualizada, ya que se sitúa en un espacio, cultura o suceso específico, por lo que cada caso de estudio será único.

De acuerdo con Zerpa de Kirby (2016) y Morse (2003), se recurre a la investigación cualitativa cuando el conocimiento sobre un tema es insuficiente, cuando el fenómeno que quiere estudiarse es difícil de cuantificar o si no hay una definición clara de la naturaleza del problema o cuando se busca aportar a la construcción del mundo social en el marco de los acontecimientos relevantes de las ciencias sociales y humanas.

3.2. Los estudios de caso como recurso metodológico

En la actualidad, el estudio de casos se ha convertido en uno de los enfoques más utilizados dentro del mundo de la investigación, y es común que vayan de la mano de las investigaciones de carácter cualitativo, por ser más compatibles y adaptables a este tipo de estudios.

Robert Yin (1994) es uno de los autores más relevantes en el campo de la investigación con estudios de caso, y es sin duda un referente para quienes utilizan este recurso metodológico. Para Yin, el estudio de casos es una investigación empírica que se enfoca en el estudio de un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, sobre todo cuando los límites del fenómeno y su contexto no son tan visibles (Jiménez y Comet, 2016).

Una investigación de estudios de caso es fundamentalmente cualitativa y por ello aporta dinamismo y flexibilidad a la interpretación de los datos, por lo que no desestima el uso de

métodos e información cuantitativos para alcanzar los objetivos de la investigación (Ponce, 2018). Este tipo de investigación se enfrenta a una situación en la que existen muchas más variables de interés que datos observacionales y por ende, se basa en múltiples fuentes de evidencia y se beneficia del desarrollo previo de proposiciones teóricas que guían la recolección y análisis de datos (Monge, 2010 y Jiménez y Comet, 2016).

En la investigación de ciencias sociales, el “caso” es un elemento básico; es algo específico que sigue patrones de conducta consistentes y secuenciales, que es una entidad objeto de indagación (Stake, 2005 en Ponce, 2018).

De acuerdo con Yin, el estudio de casos no representa una muestra de población o a un universo concreto y por consiguiente, no pueden ser generalizables estadísticamente, pero funcionan como proposiciones teóricas, debido a la intención de quien investiga de ampliar y generalizar las teorías. Yin considera que el uso de los estudios de caso en las ciencias sociales contribuye al conocimiento de los individuos, grupos sociales, organizaciones políticas y otros fenómenos asociados (Yin, 2003 y Ponce, 2018).

Un estudio de caso puede realizarse con un solo caso, o también involucrar a más de una unidad de análisis. Esto último corresponde al estudio de casos múltiples, que permite investigar y explorar distintas unidades de análisis, proporcionando las bases para la generalización (Ponce, 2018). Este tipo de estudio puede funcionar como un método para comparar y examinar patrones similares y diferenciales entre el total de los casos estudiados.

3.3. Preguntas de investigación e hipótesis

El PIASM es una herramienta de política migratoria mexicana ante la creciente demanda de servicios de salud de la población migrante en el país. Para efectos de la presente investigación se requiere conocer el alcance que tiene, para lo cual se plantearon las siguientes preguntas:

- 1) ¿De qué manera las organizaciones de la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales e instituciones de apoyo a personas migrantes brindan servicios de salud sexual y reproductiva en la Ciudad de México?

- 2) ¿Las organizaciones de la sociedad civil y las Organizaciones no Gubernamentales locales fungen como canalizadoras para mujeres migrantes a determinados servicios de salud?
- 3) ¿Por qué las organizaciones de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales o instituciones de apoyo a migrantes en la Ciudad de México encuentran dificultades para la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres en migración?

3.4. Objetivo general

El objetivo general del proyecto de evaluación de política pública consiste en ofrecer una perspectiva enfocada exclusivamente en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de la mujer migrante en tránsito por la Ciudad de México, desde la atención sanitaria básica (menstruación, educación sexual, dotación de preservativos, uso de anticonceptivos) hasta la atención especializada (tratamiento o prevención de infecciones y enfermedades de transmisión sexual, cuidados durante la gestación y el parto o la prevención de enfermedades cervicouterinas). Se busca lograr lo anterior a través del análisis y evaluación de un instrumento de la política pública en materia de salud, orientado a la población migrante: el Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante (PIASM). Se pretende analizar el alcance e impacto que tiene esta herramienta de política pública en las mujeres que conforman los flujos migratorios que llegan a México, para así coadyuvar en la identificación de las necesidades y áreas de mejora en materia de atención sanitaria, con una perspectiva de género y un enfoque de derechos humanos de las mujeres.

3.4.1. Objetivos específicos

Se plantearon también los siguientes objetivos específicos:

- 1) Describir cómo los servicios de salud pública, las organizaciones no gubernamentales y/o las organizaciones de la sociedad civil brindan atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes internacionales en Ciudad de México.
- 2) Identificar hasta qué punto las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales en la Ciudad de México realizan el trabajo de canalización a determinados servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres

migrantes centroamericanas.

- 3) Identificar las principales barreras a las que se enfrentan las mujeres migrantes internacionales en cuanto al acceso a los servicios de salud en la Ciudad de México, sobre todo en temas relacionados con su sexualidad y su reproducción.

3.5. Hipótesis

La hipótesis general sobre la que se basa esta investigación es la siguiente:

Para las mujeres migrantes internacionales que se encuentran en procesos migratorios por México, atender su salud resulta complejo, sobre todo cuando se trata de salud sexual y reproductiva. Aunque actualmente existen diferentes acciones y programas de política pública en México orientados a garantizar la salvaguarda del derecho al acceso a servicios de salud (incluyendo salud sexual y reproductiva) para las personas migrantes independientemente de su condición migratoria, además de un marco legal en materia migratoria cuya base parte de los derechos humanos y el enfoque de género, aún existen barreras y limitantes para que las mujeres migrantes y solicitantes de asilo puedan acceder a servicios de salud públicos para atender necesidades de salud sexual y reproductiva.

El PIASM es un documento de política pública impulsado por el Gobierno de México en 2018, a inicios de la administración de Andrés Manuel López Obrador, cuya finalidad es proveer de estrategias de atención integral a la salud de las personas migrantes en territorio mexicano. No obstante, las acciones de política pública contenidas en dicho documento no siempre logran materializarse en acciones concretas y prácticas que se alineen a la

normatividad y a las recomendaciones internacionales en materia migratoria. De llevarse a cabo lo establecido en dicho plan de política pública, las mujeres migrantes podrían tener acceso a más conocimiento sobre sus derechos en materia de salud y así buscar la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva en México a través de instituciones gubernamentales. De esta forma, se distribuiría la actividad entre gobierno y sociedad civil para la atención y canalización de las mujeres que requieran este tipo de servicios.

3.6. Descripción de la metodología

El presente es un trabajo de investigación de carácter mixto, es decir, utiliza algunos elementos de la investigación cuantitativa y, al mismo tiempo, se emplean otros elementos y técnicas de la investigación cualitativa. Este estudio tiene como propósito recopilar la información documental con la que se cuenta en torno a los servicios de salud sexual y reproductiva que se ofrecen a las mujeres migrantes centroamericanas en tránsito o asentamiento temporal en la Ciudad de México, por lo que dicha revisión documental fue la técnica de investigación cualitativa que se empleó en este estudio. Esto permitió identificar con cuánta información se cuenta en la demarcación territorial seleccionada para el estudio y si ésta es suficientemente sólida en el tema de investigación seleccionado. Con base en lo anterior, y dada la escasez de información existente, se optó por elegir el enfoque de estudio exploratorio. La investigación contempla la oferta servicios de salud sexual y reproductiva por parte de instituciones y de organizaciones de la sociedad civil, algunas de ellas orientadas a atender a la población migrante en tránsito en diversos ámbitos, incluyendo el legal y humanitario, entre otros.

Asimismo, se considera que este enfoque de investigación posibilitará la exploración e indagación de las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes centroamericanas que llegan a la Ciudad de México, y que, para efectos del tema que se investiga, puede incluso servir de fundamento para justificar la necesidad de hacer una exploración a profundidad sobre este tipo de servicios de salud en la entidad federativa estudiada.

Para la recolección de información, se empleó la técnica de cuestionario, con el objetivo de dirigirlo a miembros de las organizaciones que accedieron a participar en el estudio. A su

vez, se buscó que las preguntas estuvieran enfocadas en aspectos relacionados con los servicios de salud sexual y reproductiva que se ofrecen a mujeres migrantes en tránsito por la Ciudad de México al interior de las organizaciones que accedieron a responder las preguntas.

Se eligió realizar el estudio en Ciudad de México por ser una de las ciudades clave en el trayecto de los flujos migratorios provenientes de Centroamérica, por ser una de las ciudades que cuenta con sedes de las principales organizaciones e instituciones que trabajan con población migrante y con el objetivo de abonar a la generación de información sobre servicios de salud que se ofrecen en la capital del país para mujeres en movilidad. El tiempo que se estableció para el trabajo de campo, abarcando desde la revisión documental, análisis de la información encontrada, elaboración del instrumento de recolección de información, el contacto inicial con las organizaciones, el monitoreo de respuesta al contacto con organizaciones, la elaboración de bitácora, hasta la respuesta del cuestionario fue de tres meses, iniciando el 16 de febrero de 2024 y culminando el 15 de mayo de 2024.

La elección de esta metodología mixta surge de la identificación de la complejidad que existe en el contexto de la capital del país para identificar los casos específicos de mujeres en tránsito que acceden a distintos servicios de salud sexual y reproductiva y el seguimiento a estos casos. Lo anterior también se vincula con el hecho de que, en la Ciudad de México, la concentración de personas migrantes resulta distinta en comparación con otras entidades del país, sobre todo en las que conforman la frontera norte y la frontera sur, dado que, en el pasado, este fenómeno no se había visibilizado como ahora en esta ciudad. Pareciera que los migrantes se detenían menos tiempo en ella y no se habían estructurado e instalado servicios de atención a migrantes. Es decir, la identificación de albergues, instituciones públicas o privadas u organizaciones de la sociedad civil que brinden atención a personas migrantes implica un trabajo de búsqueda más arduo, dada la naturaleza de la dinámica local, en términos de ubicación, distancia y movilidad, por ejemplo.

Aunado a lo anterior, y con base en una búsqueda preliminar, se detectó una insuficiencia de información para el contexto específico de la Ciudad de México en materia de detección,

registro y seguimiento de casos de mujeres migrantes internacionales que hayan accedido al menos una vez a uno o más servicios de salud sexual y reproductiva en instituciones públicas o privadas, albergues u Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), por lo que se consideró pertinente la búsqueda de información más específica.

La selección de la muestra se derivó de la estrategia de muestreo por conveniencia, que, de acuerdo con Hernández (2021) se trata de una muestra que se elige a conveniencia de la persona investigadora y que permite decidir de forma arbitraria el número de participantes que puede haber en el estudio. La muestra se eligió mediante una búsqueda intencionada en internet de organizaciones de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, organismos internacionales, instituciones públicas de salud y albergues para personas migrantes que cumplieran con los siguientes criterios:

- a) Ubicación y actividades en Ciudad de México
- b) Experiencia en la atención específica a mujeres en movilidad, mujeres migrantes en condición irregular o solicitantes de asilo
- c) Actividades, misión y visión con perspectiva de género y/o feminista
- d) Oferta o canalización a servicios de salud sexual y reproductiva

Las palabras clave para llevar a cabo la búsqueda en internet fueron:

- a) servicios de salud
- b) mujeres migrantes
- c) organizaciones no gubernamentales de apoyo a mujeres migrantes
- d) servicios de salud sexual y reproductiva
- e) salud migrante femenina
- f) derechos sexuales y reproductivos
- g) albergues en Ciudad de México.

También se utilizó el método de bola de nieve para establecer comunicación con personas que pudieran proporcionar algún medio de contacto de organizaciones o personas que trabajan directamente con población migrante femenina en Ciudad de México. Con este

método, se logró contactar al Programa de Asuntos Migratorios (PRAMI) de la Universidad Iberoamericana y a su vez, a la persona activista independiente.

Los criterios de búsqueda de participantes permitieron enfocar la investigación hacia aquellos que brindan distintos servicios considerados prioritarios en el campo de la salud sexual y reproductiva femenina, desde difusión de información, atención directa como canalización, acompañamiento, atención a infecciones de transmisión sexual (ITS), provisión de métodos anticonceptivos, de productos de higiene menstrual, servicios de interrupción del embarazo, pruebas de embarazo, atención prenatal, de parto y postparto o la atención a sobrevivientes de violencia sexual³⁵.

Para lograr lo anterior se consideró que, una vez llevado a cabo un mapeo de veintinueve posibles participantes, e identificados los principales servicios de salud que son otorgados en estos espacios, se elaboraría un documento con la información necesaria de las organizaciones seleccionadas para participar en el estudio. El documento se creó en Excel y fungió como directorio de contacto y a su vez, como bitácora de avance. En este archivo de trabajo se plasmó toda la información relevante como el nombre completo de la persona responsable de área a quien se dirigiría la comunicación, correo directo, fecha de envío de correo con cuestionario, fecha de respuesta a cuestionario, medio de contacto, estatus de respuesta, el estatus de la comunicación (es decir, si el correo o mensaje se había enviado o estaba pendiente de envío) y en su caso, alguna observación o comentarios, por ejemplo, si se estableció comunicación en más de una ocasión y cuál fue la respuesta. Para consultar el listado completo de organizaciones, albergues, instituciones y personas contactadas, ver **Anexo 1**.

Una vez desarrollado el cuestionario, mismo que se explica más detalladamente en el siguiente apartado, se procedió a contactar formalmente a las posibles participantes. Se eligieron tres vías para hacerlo: por correo, llamada telefónica, mensaje directo en redes sociales oficiales y de forma presencial. En el texto utilizado para los mensajes enviados por correo y redes sociales, se explicó el motivo del estudio, en qué consistía la participación de

³⁵ Este listado de servicios de salud sexual y reproductiva es enunciativo y no tiene un orden prioritario.

quien respondiera y se solicitó su consentimiento para usar la información proporcionada en este material escrito. A través del correo electrónico se informó a las potenciales participantes el motivo de la investigación, la extensión del cuestionario y el uso que se daría a la información obtenida mediante éste. Para ver un ejemplo del texto enviado por correo electrónico a una de las instituciones públicas que se contactó para invitar a participar en el estudio, véase el **Anexo 2**.

Del total de veintinueve organizaciones, asociaciones, instituciones y personas contactadas, se tiene la siguiente agrupación por sector:

Tabla 4. Clasificación de actores contactados por sector

Tipo de actor	Cantidad	Nombre de la unidad de estudio
Organización de la sociedad civil (incluyendo aquellas con enfoque feminista) y Organización no gubernamental ³⁶	21	1) Casa Frida Refugio LGBT 2) Sin Fronteras I.A.P. 3) Instituto para las Mujeres en la

³⁶ Para efectos de esta investigación, se presentan las definiciones de Organización de la Sociedad Civil y de Organización no Gubernamental, con el propósito de señalar las diferencias más notorias y con base en ello analizar los motivos por los cuáles pudiera existir una diferencia en la forma de brindar atención y acompañamiento para las personas usuarias, específicamente las mujeres migrantes con necesidades de atención a su salud sexual y reproductiva.

De acuerdo con el texto de Balbis, J. (2001), “ONGs, Gobernanca y Desarrollo en América Latina y el Caribe”, a pesar de que la definición del concepto de OSC y ONG puede resultar complejo y bastante amplio, puede simplificarse la definición de la siguiente forma:

Una OSC es una entidad que presenta determinadas características, tales como la estructura organizacional institucionalizada; son privadas, es decir, se constituyen de forma independiente al Estado (aunque en determinadas ocasiones pudieran llegar a aceptar apoyo gubernamental); son sin fines de lucro, es decir, pueden acumular capital como producto de las operaciones que desarrollan, siempre y cuando éste sea redistribuido para la continuación de sus actividades y no distribuido entre sus miembros); no son religiosas y; deben ser apartidistas, es decir, no pueden imponer ideas políticas o desarrollar actividades vinculadas con el Estado.

Por su parte, el origen del concepto de ONG va de la mano con el surgimiento de la ONU, y su significado se encuentra descrito en la Carta de Naciones Unidas. Este concepto, en origen, se usaba principalmente para referirse a un universo amplio de instituciones que no pertenecían al ámbito gubernamental y que compartían determinados rasgos, por ejemplo, el carácter internacional. Véase: <https://www.lasociedadcivil.org/wp-content/uploads/2014/11/balbis.pdf>

		<p>Migración (IMUMI)</p> <p>4) Colectiva Menstruación Digna en Escenarios de Movilidad</p> <p>5) Comité Internacional de la Cruz Roja</p> <p>6) Asylum Access México</p> <p>7) CAFEMIN</p> <p>8) IPAS LAC</p> <p>9) Médicos Sin Fronteras</p> <p>10) Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)</p> <p>11) Fundación Scalabrini MX</p> <p>12) Albergue Casa del Migrante Arcángel Rafael</p> <p>13) Casa Fuente Refugio</p> <p>14) Casa de los Amigos</p> <p>15) Grupo de Trabajo sobre Política Migratoria</p> <p>16) Red de Coalición Pro Defensa del Migrante, A.C.</p>
--	--	---

		<p>17) Comisión Mexicana de Promoción y Defensa de los Derechos Humanos</p> <p>18) Las Vanders</p> <p>19) Salud Integral para la Mujer A.C.</p> <p>20) Católicas por el Derecho a Decidir México</p> <p>21) Red Materno Infantil, CDMX</p>
Institución gubernamental	3	<p>1) Clínica Condesa</p> <p>2) Instituto Nacional de Salud Pública</p> <p>3) Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva</p>
Organización religiosa	3	<p>1) Servicio Jesuita a Refugiados</p> <p>2) Cáritas CDMX</p> <p>3) Scalabrinianas Misión con Migrantes y Refugiados SMR</p>
Institución de educación superior	1	<p>1) Universidad Iberoamericana (Programa de</p>

		Asuntos Migratorios PRAMI)
Activista independiente	1	1) Anónimo
Total	29	

Elaboración propia

3.7. El cuestionario como técnica de investigación

La herramienta de recolección de información que se eligió para este estudio fue el cuestionario. Es preciso mencionar que en la sección 3.8 “*Ajustes al diseño del estudio*” se detallan los cambios que se consideró pertinente efectuar al medio de recolección de información.

Se elaboró, con ayuda de Google Forms, un cuestionario de diez preguntas, incluyendo opción múltiple y preguntas abiertas. La herramienta de recolección de información lleva por nombre “*Cuestionario sobre oferta de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) para mujeres centroamericanas en movilidad en México*”. En la intención del cuestionario se colocó lo siguiente: “*Este es un breve cuestionario para conocer qué tipo de servicios de salud sexual y reproductiva se ofrece a las mujeres migrantes en México.*” Para consultar el cuestionario utilizado, revisar el **Anexo 3**.

Para la elaboración de esta herramienta, se tomó como base el estudio realizado por Larrea-Schiavon, Vázquez-Quesada, Basurto-Alcalde, Polgovsky y Vieitez en 2020, titulado “*Atención a la salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes: Un mapeo de actores de la sociedad civil en la Ciudad de México - 2020*”, publicado en 2021 por Population Council. En este estudio, las autoras presentan un cuadro (Véase **Anexo 4**) con los distintos servicios de salud sexual y productiva que pudieran ofrecerse en México para mujeres migrantes y el nivel de atención que puede darse, ya sea en difusión de información, consejería, atención directa, canalización y referencia o acompañamiento. Aunque en el estudio mencionado las autoras utilizan este recuadro para presentar el porcentaje de organizaciones de la sociedad civil que ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva por tipo de servicio ofertado en la

Ciudad de México, para esta investigación se hizo uso del recuadro como base para la formulación de la pregunta número 2 del cuestionario: “¿Cuál de los siguientes servicios de salud sexual y reproductiva se ofrece dentro de la organización a mujeres en movilidad internacional?”. La intención de esta pregunta era conocer qué tipo de servicios ofrece la organización y en qué nivel se encuentra la oferta. El detalle de las preguntas se presenta más abajo en esta misma sección. Conviene mencionar dentro de esta sección que el instrumento de diez preguntas utilizado en esta investigación retomó del cuadro mencionado previamente, nueve opciones de servicios de salud sexual y reproductiva de los que se menciona en el estudio de Larrea-Schiavon y colaboradoras (2021), y se añadieron cuatro opciones de servicios consideradas pertinentes. El instrumento final es resultado de la combinación de un instrumento previo con algunos ajustes a conveniencia para adecuarlos a este estudio.

Es preciso mencionar que, si bien la herramienta recoge información proporcionada por informantes a través de un cuestionario estructurado (Alvira, 2011) y que, además, tiene como propósito aportar elementos de cuantificación, estos datos fueron utilizados únicamente con fines de apoyo para la descripción cualitativa de la situación en la que se encuentran en la provisión de los servicios en cuestión. El uso de esta técnica de investigación no fue con el propósito de desarrollar un análisis estadístico, sino de fungir como instrumento de recolección de información.

Con la información obtenida en el cuestionario, se pretende interpretar las experiencias de cada organización mediante el cuestionario. Es decir, esta técnica permitió la delimitación de los temas y las preguntas necesarias para conocer información específica que las y los informantes pudieran proporcionar. Los resultados permiten analizar los patrones, el nivel de atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes y la política de atención de cada organización, institución o albergue.

El contenido del cuestionario consiste, inicialmente, en preguntar si la organización donde colabora la persona que responde ofrece servicios de salud a mujeres migrantes extranjeras. Seguido de esto, se despliega en forma de pregunta de opción múltiple un listado de servicios de salud sexual y reproductiva (métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia,

pruebas de embarazo, atención a ITS, atención prenatal, atención durante el parto, atención postparto, interrupción del embarazo, productos de higiene menstrual y atención integral a víctimas de violencia sexual) y el tipo de servicio que es ofertado por cada uno de ellos, es decir, difusión de información, atención (directa o indirecta), provisión de medicamentos, canalización, seguimiento y acompañamiento. Con el uso de esta herramienta de formulario, se buscó que, quien lo respondiera, pudiera seleccionar más de una opción en caso de ofrecer más de un servicio.

La siguiente pregunta se generó para saber si las organizaciones pueden canalizar a las mujeres a servicios de salud, ya sea público o privado. Con esta pregunta se buscó que la persona que respondiera también pudiera indicar el nivel de atención al que se canaliza a las mujeres si es el caso, es decir, al primer nivel de atención, segundo nivel o tercer nivel, público o privado. Las siguientes dos preguntas se vinculan directamente con la previamente descrita: se buscó que, en caso de haber indicado que sí se canaliza a las mujeres a servicios de salud pública, se señalara entonces la razón o razones por las que se efectúa la canalización. En caso contrario, también se preguntó la razón por la que no se canaliza a las mujeres a servicios de salud pública.

La literatura existente sobre el tema estudiado ha permitido saber que resulta complejo tanto para las mujeres en contextos de movilidad como para las organizaciones o instituciones que brindan apoyo en materia de salud, el dar un seguimiento a la salud o a los tratamientos prescritos a aquellas mujeres que recibieron atención médica en cualquiera de los tres niveles de atención. Por ello, también se incluyó en el cuestionario una pregunta acerca del seguimiento médico a las mujeres que son canalizadas o a quienes se les ofreció algún servicio de salud sexual y reproductiva.

Para hacer un énfasis en la cuestión de la política pública existente que se evaluará con esta investigación, se tomó la decisión de incluir la siguiente pregunta: “Dentro de la organización, ¿se tiene conocimiento sobre lo que es el (PIASM)?” Las posibles respuestas consistieron en “Sí”, “No” o “Conocimiento relativo”. Se agregaron dichas respuestas con la intención de tener un panorama general sobre el conocimiento de este programa

gubernamental al interior de organizaciones o instituciones que ofrecen atención directa a mujeres migrantes.

Para fines exploratorios, dentro del cuestionario se incluyó la siguiente pregunta abierta: “Describa brevemente cuáles son las barreras a las que consideran que se enfrentan las mujeres migrantes internacionales para tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en su tránsito o asentamiento en México.” Con esta pregunta se buscó conocer la perspectiva de quien responde, y así poder detectar similitudes y diferencias en lo que se consideran barreras de acceso a servicios de salud para las mujeres en movilidad.

El cuestionario en este estudio es de carácter no representativo, ya que por la misma complejidad del tema y la escasez de información pública respecto a las instituciones y organizaciones que brindan servicios de salud sexual y reproductiva, así como a los rechazos obtenidos en este estudio, no se pudo lograr un muestreo de tamaño considerable³⁷.

3.8. Ajustes al diseño del estudio

Durante la etapa de planeación de la metodología y las actividades para desarrollar en esta investigación, se propuso hacer una encuesta no representativa con un instrumento estructurado, sin embargo, al llegar a la fase de trabajo de campo, se detectaron barreras para la dinámica de esta etapa.

En primer lugar, en la Ciudad de México se encuentran cada vez más albergues, casas del migrante y sedes de OSCs que brindan atención directa a personas en movilidad, sin embargo, muchos de los albergues se encuentran en demarcaciones con altos índices de inseguridad o en sitios lejanos, lo que supuso una limitación para efectuar una o más visitas para conversar con la(s) persona(s) a cargo y poder asegurar la respuesta a la encuesta o incluso el contacto con otras organizaciones que pudieran participar. Lo anterior significó elegir el correo electrónico, mensaje directo en redes sociales o llamada telefónica como

³⁷Es preciso aclarar que, incluso logrando una muestra más grande, los resultados tampoco podrían considerarse de carácter representativo, al haber utilizado el método de muestreo por conveniencia. Este tipo de muestreo se utilizó por ser una alternativa rápida, económica y sencilla para obtener información.

medios para hacer contacto con los actores seleccionados en lugar de la visita presencial a las instalaciones de las potenciales participantes.

En segundo lugar, es preciso mencionar que, si bien el marco muestral consideró un total de veintinueve participantes, la mayoría de éstas no proporcionó respuesta alguna. El contacto inicial con los actores se estableció vía correo electrónico o mensaje directo en redes sociales. La llamada telefónica se eligió como tercera opción de contacto y sobre todo como una opción en caso de no obtener respuesta mediante los dos métodos principales.

En la bitácora de avance señalada en el apartado 3.6 como **Anexo 1**, se fue modificando la información con base en las respuestas obtenidas a la comunicación inicial. En este mismo documento se registró el número de intentos de comunicación con las potenciales participantes y el método de contacto utilizado, para así llevar un control de prioridad a las participantes que respondieran activamente a las comunicaciones. Lo anterior ayudó a identificar una negativa a responder el instrumento de recolección de información por parte de algunos actores con los que se logró un contacto inicial por medio de correo electrónico, quienes después de acceder a recibir por ese medio el vínculo de internet del cuestionario, dejaron de contestar y tampoco participaron.

Por consiguiente, se concluyó que, al obtener pocas respuestas, la estrategia más pertinente sería cambiar el término del instrumento de recolección de información de “encuesta” a “cuestionario”, pues se consideró que sería un concepto más adecuado dada la imposibilidad de tener una muestra representativa. De igual manera, se tomó la decisión de llevar a cabo una interpretación de las respuestas obtenidas desde un enfoque cualitativo, con el fin de profundizar en la información recabada y con ello hacer un análisis enfocado en las respuestas de las participantes al respecto de la situación actual.

Capítulo IV. Resultados y discusión: La atención a la salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes desde la sociedad civil organizada

El presente capítulo presenta los resultados obtenidos sobre la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres en movilidad en su paso por la Ciudad de México.

Como puede notarse, aunque se obtuvieron sólo siete respuestas, este trabajo puede compararse con otros que se han hecho en la Ciudad de México y contribuir a la literatura y a la conversación en torno a la necesidad de mejorar la cantidad y la calidad de servicios que se ofrecen a mujeres migrantes independientemente de su condición migratoria.

Al confrontar estos resultados con otros estudios que se han efectuado en esta entidad federativa, como el que se mencionó en los primeros capítulos “Atención a la salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes: Un mapeo de actores de la sociedad civil en la Ciudad de México - 2020” de Larrea-Schiavon y colaboradoras, encontramos que se tiene en común la noción de que las OSCs no son las responsables de garantizar los servicios de salud a las personas migrantes, en realidad es el Estado quien tiene la obligación de hacer valer los derechos en materia sanitaria a todas las personas dentro del territorio nacional (tal como se indica en la Constitución Política y en el PIASM).

Al respecto, podría decirse que existen acciones de política pública del gobierno mexicano que buscan dar cumplimiento a la obligación del Estado en materia sanitaria. Una de estas acciones es la elaboración de un documento que establece las bases para mitigar los efectos de la desigualdad en el acceso a servicios de salud; que busca limitar la discriminación y estigmatización de las personas en movilidad y eliminar los obstáculos para acceder a tratamientos médicos para preservar un estado de salud digno para las personas en procesos migratorios.

Existe otro estudio enfocado en la Ciudad de México sobre el acceso a servicios de salud pública, escrito por López-Arellano y desarrollado por Sin Fronteras I.A.P. y el Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM titulado “Diagnóstico sobre acceso a servicios de

salud para personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas”, del año 2014. A pesar de que este diagnóstico cumplió ya diez años de publicación, pocas cosas han cambiado. En los resultados de dicho estudio, se refleja la imposibilidad de las personas en movilidad de acceder a servicios de salud pública si se encontraban en situación migratoria irregular, pues los trámites administrativos resultaban ser un obstáculo para el acceso incluso a los servicios del primer nivel de atención, orillando a las personas a no tener acceso a una revisión médica ni a medicamentos para mejorar su estado de salud o a buscar servicios privados y usar el poco recurso económico con el que contaban para ser atendidos (López-Arellano, 2014). Aunque los resultados de la presente investigación reflejan que actualmente hay una relativa mejora en cuanto a la posibilidad de ser canalizadas a servicios de salud pública para los tres niveles de atención, no deja de ser un punto importante el que las barreras siguen existiendo para aquellas personas en condición irregular. Las participantes que respondieron el cuestionario reflejan la posibilidad de canalización aun si la persona solicitante no cuenta con documentación que acredite su estancia regular en México, aunque sigue siendo una barrera significativa para el ejercicio de la salud.

Esta investigación permite reafirmar el posicionamiento de otros estudios que se han realizado en Ciudad de México, sobre la necesidad de generar información clara y precisa sobre el derecho al acceso a la salud y el procedimiento que deben seguir para garantizar la atención de sus necesidades médicas, independientemente del estatus migratorio; se debe asegurar la difusión de la información entre la población migrante y las instituciones federales y locales que tienen contacto con dicho grupo social. Larrea-Schiavon y colaboradoras (2021) indican en las conclusiones de su trabajo que las organizaciones de la sociedad civil con las que desarrollaron su investigación no generan (generaban) información o un discurso dirigido específicamente a mujeres en tránsito o quienes viven de forma temporal en la capital del país sobre los conceptos básicos de la salud sexual y reproductiva femenina. En la presente investigación se identifica que, en los tres años que han sucedido al citado estudio, se ha modificado la forma en que las organizaciones civiles buscan el acercamiento con la población migrante femenina. Podemos observar más colectivas feministas como la Colectiva MDEM, que frecuentemente genera información de manera

digital sobre las condiciones reales en las que se encuentran las Estaciones Migratorias y las mujeres que en ellas se encuentran buscando atención o refugio.

Dado que el sitio donde se llevó a cabo la investigación y el trabajo de campo se encuentra en pleno desarrollo en materia de observación, estudio y acción al respecto de la atención brindada a las mujeres migrantes y su salud sexual y reproductiva, es que se optó por hacer un estudio de carácter exploratorio. Las organizaciones e instituciones de apoyo a migrantes que se ubican en la capital del país cuentan con acciones y programas enfocados en la atención directa a esta población, o bien, recurren a la canalización hacia otras instituciones u organizaciones. Sin embargo, la información con la que cuentan aún se encuentra en desarrollo, ya que la llegada de personas migrantes a la ciudad ha sido, como se mencionó al inicio de este documento, un proceso gradual desde finales del año 2018, y en muchos casos su organización es reciente debido a la emergencia que se presentó con la llegada de las “caravanas migrantes”³⁸ y por ende, la información que permite contextualizar los resultados de este estudio, es aún escasa y limitada en la Ciudad de México.

En este tenor, es pertinente mencionar la situación de la capital del país en torno a los movimientos migratorios que se han intensificado en los últimos seis años en los que se ha estudiado de manera superficial este fenómeno en comparación con los estudios realizados en la frontera sur y en la frontera norte de México. Ahora bien, la Ciudad de México se ha caracterizado por ser una entidad progresista no solo en México sino en América Latina en distintos ámbitos, incluyendo el de la migración internacional. De acuerdo con Ortega Ramírez (2024), la capital del país, además de promulgar la Ley de Interculturalidad, Atención a Migrantes y Movilidad Humana en 2011, también se unió a la Red de Ciudades

³⁸De acuerdo con información del Consejo Nacional de Población (CONAPO) y el Observatorio de Legislación y Política Migratoria del Colegio de la Frontera Norte, la conformación a finales de 2018 de lo que se denominaría posteriormente como “caravanas migrantes” en San Pedro Sula, Honduras, impulsó el movimiento de aproximadamente 9,000 personas provenientes de Centroamérica hacia la frontera sur de México. Las primeras personas migrantes en llegar a la Ciudad de México fueron aquellas provenientes de Puebla, que a su vez, venían de Veracruz. Véase <https://olpm.colef.mx/infograficos/cronologia-de-la-caravana-centroamericana/> para conocer cronología de los eventos relacionados con la llegada de las caravanas migrantes a México.

Interculturales³⁹, impulsada por el Consejo de Europa. Participa en la Red de Ciudades Solidarias del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y desde 2017 fue declarada como “ciudad santuario” para migrantes (Alejo, 2020 en Ortega Ramírez, 2024).

No obstante, pareciera que en la práctica que nos preocupa, no se ha logrado implementar los principios señalados en los acuerdos referidos. En lo que concierne a este estudio, uno de los objetivos es contribuir con la generación de información y abonar a la discusión sobre la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes que transitan por la ciudad y las acciones que se toman en torno a la protección y garantía de sus derechos sexuales y reproductivos, tomando como referencia un programa de política pública impulsado por el Gobierno de México en la administración 2018-2024. Al revisar el contenido del PIASM y las respuestas de las participantes, no se pudo identificar si existe algún cambio relevante en la ejecución de las acciones de las organizaciones de apoyo a migrantes a partir del inicio de vigencia de este documento público, o si su existencia ha significado poco en materia de provisión de servicios de salud para mujeres en movilidad.

La investigación tuvo como objetivo conocer qué tipo de servicios de salud sexual y reproductiva se ofrece a las mujeres migrantes centroamericanas desde las diferentes organizaciones que accedieron a participar y que se encuentran en la Ciudad de México específicamente, y explorar, a partir de las respuestas, el nivel de atención que se brinda, el conocimiento de las políticas públicas (específicamente del PIASM), los medios con los que cuentan (o no) para dar atención y las barreras a las que se enfrentan para poder garantizar el acceso de las mujeres migrantes a una salud sexual y reproductiva digna dentro del país.

³⁹ Formalmente llamada la Red Española de Ciudades Interculturales, es auspiciada por el Consejo de Europa para apoyar a las ciudades y regiones a adaptar e incorporar sus políticas públicas a la visión intercultural con el fin de gestionar la diversidad como ventaja para la sociedad. Es decir, es una plataforma mediante la cual se busca generar una red de ciudades que permita conectar a las ciudades y sus líderes para analizar las iniciativas y buenas prácticas y así poder inspirar a replicarlas en otras ciudades. En América Latina, únicamente la Ciudad de México es miembro de este programa. Véase: <https://www.freiheit.org/es/mexico/ciudades-interculturales-el-futuro-de-las-politicas-de-integracion-en-mexico>

4.1. Perfil de las participantes en el estudio

Para tener un panorama más claro de la conformación y características de las siete participantes que proporcionaron respuesta al cuestionario, se hizo una clasificación inicial que funcionó como punto de partida. Dicha clasificación consiste en señalar el tipo de actor que respondió el cuestionario y se consideró para posteriormente poder llevar a cabo el análisis de las características de cada uno e identificar cuáles de esas características comparten entre sí en cuanto a la forma de brindar atención a la salud femenina en contextos de movilidad. La siguiente tabla muestra el nombre de los actores que respondieron y el tipo de organización, así como el área encargada de responder el cuestionario:

Tabla 5. Clasificación de actores que respondieron cuestionario por nombre y tipo de actor

Nombre del actor	Tipo de actor	Área respondiente	Año de inicio de atención a la población migrante
Casa Frida Refugio LGBT	Organización de la Sociedad Civil/Albergue	Coordinación del Programa de Integración y de Voluntariado	2020
Sin Fronteras I.A.P.	Organización de la Sociedad Civil	1) Atención y servicios 2) Subcoordinación legal	1995
Instituto para las Mujeres en la Migración (IMUMI)	Organización de la Sociedad Civil	Coordinación Administrativa de la Clínica Jurídica	2010
Colectiva Menstruación Digna en Escenarios de	Organización de la Sociedad Civil	Sin especificar	2022

Movilidad (MDEM)			
Comité Internacional de la Cruz Roja	Organización no gubernamental	Sin especificar	2006
Servicio Jesuita a Refugiados	Organización internacional religiosa	Oficialía de comunicación	2016
Persona defensora independiente	Independiente	Independiente	Sin información
Total		7	

Elaboración propia

Como se observa en la Tabla 5., se contó con la participación de siete actores, la mayoría organizaciones de la sociedad civil (n=4). También se obtuvo respuesta de una organización no gubernamental (n=1), una organización internacional religiosa (n=1) y una persona activista independiente (n=1).

El perfil de las participantes es heterogéneo, aunque todas tienen actividades torales de atención a población migrante, incluyendo atención a población migrante femenina. Sobre el sitio de trabajo de las participantes, dos de ellas tienen sede y actividades en Ciudad de México y Tapachula, Chiapas; tres de las organizaciones tienen sede únicamente en Ciudad de México; una es organización internacional cuya sede principal se encuentra en la capital del país y también cuenta con delegaciones estatales en gran parte del territorio nacional y una más cuya actividad se desarrolla principalmente en la Ciudad de México y la zona metropolitana, aunque puede acudir también al Estado de México. Las participantes se autodefinen de la siguiente forma: laica y diversa (diversidad sexual); laica, apartidista y sin fines de lucro; feminista; laica, apartidista y humanitaria; religiosa y humanitaria y feminista, laica y apartidista.

Si bien todas las participantes tienen dentro de sus objetivos principales la atención directa a personas migrantes, hay dos puntos importantes a tener en cuenta:

- 1) La mayoría de las organizaciones que participaron en el estudio dan atención a todo tipo de usuarios. A excepción de una de las organizaciones con enfoque feminista, ninguna otra organización otorga servicios exclusivamente a mujeres en movilidad.
- 2) Ninguna de las organizaciones brinda exclusivamente servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres migrantes. La única participante que lo hace es la defensora independiente, y su labor no está ligada a ninguna organización.

Por lo anterior, se precisa que, aunque existe el factor común de apoyo a personas en movilidad y se reconoce la complejidad del contexto actual de la Ciudad de México, la realidad es que cada organización tiene un objeto social distinto y, por ende, objetivos y acciones prioritarias distintas, que no necesariamente se relacionan con la salud sexual y reproductiva femenina.

Aquellas organizaciones que tienen un fin social más cercano al área de salud, como la organización no gubernamental con presencia en gran parte del territorio mexicano, por ejemplo, por naturaleza brindarán más servicios de atención sanitaria, y, por el contrario, las que se encuentren más alejadas del área de salud como eje de acción prioritaria, brindarán entonces menos servicios o lo harán desde la canalización y no la atención directa.

4.1. Resultados generales

Como se mencionó en la introducción, la falta de información, la discriminación y el temor a revelar la condición migratoria irregular ante cualquier autoridad mexicana suelen ocasionar que las mujeres en movilidad desconozcan su derecho al acceso a servicios de salud en el país y a su vez, que en determinado momento sean las organizaciones de la sociedad civil las que proporcionen la atención a las necesidades de salud sexual o en su caso, la canalización a instituciones o centros de salud pública. Lo anterior se tomó en cuenta al momento de la elección de las participantes en el estudio exploratorio, ya que, si bien no son propiamente espacios de provisión de atención médica o de servicios de atención a la salud

sexual y reproductiva de las mujeres en movilidad, sí están enfocados en fungir como un medio de atención y apoyo a la comunidad migrante, y en algunos casos, exclusivamente a la población migrante femenina. La selección de las participantes se efectuó bajo la necesidad de contar con las respuestas y la perspectiva de algunas de las organizaciones que son clave en la Ciudad de México en materia migratoria, y a su vez, como respuesta ante la ausencia de réplica o falta de información por parte de instituciones de salud pública que se consideró pertinente incluir como posibles participantes al inicio de la investigación.

A continuación, se describen en términos absolutos los resultados obtenidos en cada pregunta del cuestionario.

Pregunta 1.

¿La organización brinda algún tipo de atención a la salud de mujeres migrantes internacionales en México?

<i>Total que sí brinda servicios</i>	<i>Total que no brinda servicios</i>
5	2

Pregunta 2.

¿Cuál de los siguientes servicios de salud sexual y reproductiva se ofrece dentro de la organización a mujeres en movilidad internacional?

Servicio	Total de organizaciones que ofrecen el servicio				
	<i>Información</i>	<i>Atención directa</i>	<i>Canalización</i>	<i>Acompañamiento</i>	<i>Otro</i>
Productos de higiene menstrual	6	2	1	1	2
Preservativo (condón)	4	3	2	0	3

Métodos anticonceptivos femeninos	4	3	3	1	2
Anticoncepción de emergencia	3	1	2	2	2
Prueba de embarazo	2	4	2	1	1
Interrupción del embarazo	3	1	4	2	2
Atención prenatal	2	1	5	1	2
Atención del parto	1	0	5	1	2
Atención postparto	2	1	4	1	1
Atención por violencia sexual	5	4	5	3	1
Atención o canalización por ITS	4	2	5	2	1
Atención o canalización por VIH	4	1	5	3	1
Atención a la salud mental	4	3	5	3	1

Nota: Se presentan valores absolutos, es decir, el número señalado es el total de organizaciones que ofrece el servicio correspondiente. Hay organizaciones que por cada servicio ofrecen dos o más niveles de atención.

Pregunta 3.

¿Pueden ustedes canalizar la atención a la salud de las mujeres migrantes a servicios públicos o privados? Seleccione qué nivel de atención y el tipo de servicio.

<i>Primer nivel público</i>	<i>Primer nivel privado</i>	<i>Segundo nivel público</i>	<i>Segundo nivel privado</i>	<i>Tercer nivel público</i>	<i>Tercer nivel privado</i>
7	4	7	1	7	0

Nota: Los resultados muestran el total de participantes que respondieron en cada rubro indicado.

Pregunta 4.

En caso de que la respuesta sea "sí" (para servicios de salud pública), ¿cuál es la razón?

<i>Porque existe un convenio interinstitucional</i>	<i>Porque hay programas de voluntariado</i>	<i>Contamos con personal especializado para estos casos</i>	<i>Otro</i>
1	1	1	4

Nota: Se permitió en la opción "Otro" escribir la razón por la cual los actores pueden canalizar a servicios públicos o privados. Se detallarán las respuestas en dicha opción en la sección de discusión.

Pregunta 5.

En caso de que la respuesta sea "no" (para servicios de salud pública), ¿cuál es la razón?

<i>No existen convenios interinstitucionales</i>	<i>Falta de personal que realice esta tarea</i>	<i>No contamos con personal especializado</i>	<i>Piden documentación oficial</i>	<i>Discriminación por género</i>	<i>Discriminación por nacionalidad</i>	<i>Discriminación por raza</i>	<i>Otro</i>
2	0	0	0	0	0	0	5

Nota: Se permitió en la opción "Otro" escribir la razón por la cual los actores no canalizan a servicios públicos o privados. Se detallarán las respuestas en dicha opción en la sección de discusión.

Pregunta 6.

¿Hay un seguimiento médico a las mujeres que son canalizadas o a quienes se les ofrece un servicio de SSR?

<i>Siempre</i>	<i>A veces</i>	<i>Nunca</i>
3	3	1

Pregunta 7.

Dentro de la organización, ¿se tiene conocimiento sobre lo que es el Plan Integral de Atención a la Salud Migrante (PIASM)?

<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Parcialmente</i>
3	1	3

Pregunta 8.

¿Dentro de la organización se tiene conocimiento de la legislación en materia del derecho al acceso a servicios de salud para las personas (mujeres) migrantes internacionales?

<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Conocimiento relativo</i>
5	0	1

Pregunta 9.

¿Existe alguna autoridad gubernamental que provea a la organización con visitas/capacitaciones para monitorear el nivel y calidad de atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes internacionales?

<i>Sí existe</i>	<i>No existe</i>
1	6

Las respuestas obtenidas reflejan cinco de los actores que participaron respondiendo el cuestionario sí brindan algún tipo de servicio para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes, mientras dos participantes reportaron no contar con la oferta de alguno de los servicios de salud en esta materia. Esta información permite identificar las entidades que efectivamente brindan servicios de salud sexual y reproductiva y las que no los ofrecen, aun cuando su campo de acción esté vinculado con la migración y/o con las mujeres en movilidad, y con base en ello determinar cuáles de los actores que participaron en este estudio desempeñan un papel relevante en la promoción y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y cuáles cumplen una función más orientada a la generación de información o canalización de las mujeres a otras entidades u organizaciones que puedan brindarles los servicios directamente.

Al hacer un cruce de resultados entre el tipo de servicio ofertado y el nivel de servicio en que se ofrece (información, atención directa, canalización, acompañamiento u otro), se identifica

que los temas sobre los que más se proporcionó información fueron productos de higiene menstrual, preservativo, métodos anticonceptivos femeninos, atención por violencia sexual, atención por ITS y VIH y atención a la salud mental. Sobre la atención directa, los servicios que más se ofertaron fueron preservativo, métodos anticonceptivos femeninos, prueba de embarazo y atención por violencia sexual. En el rubro de la canalización, la atención prenatal, atención al parto, atención por violencia sexual y atención por ITS y VIH fueron los servicios más ofertados por las participantes. En acompañamiento, los servicios de mayor oferta fueron la atención por violencia sexual, atención por VIH y atención a la salud mental. De acuerdo con la información anterior, se identifica que los tres servicios que se brindan de manera más frecuente en las organizaciones participantes son productos de higiene menstrual (sobre todo en provisión de información), atención por violencia sexual (mayormente en canalización) y atención por ITS/VIH (en canalización). Los tres servicios que se ofrecieron en menor medida fueron anticoncepción de emergencia, atención del parto y atención postparto.

Con base en la información proporcionada, puede decirse que la atención por violencia sexual es el servicio más ofrecido por las organizaciones, sobre todo en información y canalización, lo que podría estar estrechamente vinculado con el alto porcentaje de mujeres en movilidad que son víctimas de este tipo de violencia y que, por consiguiente, requieren orientación y canalización a servicios de salud que puedan atender su caso y proporcionar la atención médica necesaria. No obstante, debido a las diversas barreras que existen en el ámbito público para la provisión de servicios de salud, no es garantía que las mujeres que requieran algún servicio de salud pública derivado de actos de violencia sexual en contra de ellas efectivamente reciban atención médica o psicológica aun cuando sean canalizadas desde alguna de las organizaciones participantes.

Las participantes en esta investigación afirmaron proporcionar atención directa en todos los servicios de salud sexual y reproductiva listados en el cuadro de la pregunta número 2, a excepción del servicio de atención del parto, que ninguna participante reportó como servicio ofrecido. Es preciso mencionar que, si bien las organizaciones participantes afirman brindar

algún tipo de atención en cualquiera de los niveles señalados es probable que la atención que se ofrezca no sea integral, es decir, que cubra uno o más rubros de atención (desde atención psicológica, asesoría legal, profilaxis post-exposición, seguimiento, etcétera), y que por ello se requiera la canalización a otras instituciones, organizaciones o servicios de salud pública. Sobre la posibilidad de canalización de la atención a la salud de las mujeres migrantes a servicios públicos o privados, se observa que las siete participantes respondieron que canalizan al primer nivel de atención en instituciones públicas. Para servicios del primer nivel de atención en instituciones privadas, cuatro de las participantes afirmaron canalizar a este tipo de servicios. Para servicios del segundo nivel de atención en instituciones públicas, nuevamente las siete participantes afirmaron que existe la canalización. En contraste, para los servicios del segundo nivel de atención en instituciones privadas, únicamente una participante afirmó que existe la posibilidad de canalización. En el tercer nivel de atención en el ámbito público, las siete participantes respondieron afirmativamente sobre la canalización a este tipo de servicios, pero ninguna refirió canalizar al tercer nivel de atención en instituciones privadas.

Las principales razones que reportan las organizaciones por las cuales se canaliza a servicios de salud pública es porque existe un convenio interinstitucional, porque hay programas de voluntariado y porque cuentan con personal especializado para estos casos. Se debe tomar en cuenta que para esta pregunta dentro del cuestionario, se permitió la opción “otro”, para que las participantes pudieran indicar si existe otra razón por la cual canalizan a los servicios de salud pública. En este aspecto, se obtuvieron respuestas diversas de cuatro participantes que seleccionaron la opción “otro”, entre ellas, que existen vínculos con redes de apoyo y mesas de trabajo; que acompañan de acuerdo con las redes de solidaridad que van construyendo con mujeres en el sector salud; que mantienen alianzas con organizaciones que permiten acercarse a personas en movilidad y; que se hace una hoja de referencia y contrarreferencia para la canalización. Las respuestas obtenidas en el apartado “otro”, sugieren que la canalización a servicios de salud pública surge más bien de las alianzas y la creación o refuerzo de redes entre la sociedad civil y las instituciones o personal de salud y no necesariamente de convenios con instituciones públicas que acepten brindar atención médica a mujeres en movilidad.

Las respuestas a la pregunta número 5 del cuestionario, en la que se pide información en caso de que no exista canalización a servicios de salud pública, dos participantes reportan que no existen convenios interinstitucionales que permitan la canalización, una participante reportó que la constitución legal de la organización no permite la obtención de fondos para realizar actividades de canalización otra participante reportó no canalizar a servicios de tercer nivel por no estar constituida como organización de la salud y tres participantes respondieron que no existe personal que realice esta tarea.

Sobre el seguimiento médico ofrecido a las mujeres que son canalizadas o a quienes se les ofrece un servicio de salud sexual y reproductiva, tres participantes respondieron que siempre se da un seguimiento; tres participantes respondieron que a veces se da seguimiento y una respondió que nunca hay seguimiento. Lo anterior puede significar el impedimento que existe para las organizaciones de apoyo a la población migrante (femenina) de realizar seguimiento a casos específicos debido a la propia movilidad de las personas y a las barreras organizacionales e individuales que impiden la debida provisión de servicios de salud sexual y reproductiva. En muchos casos, las barreras organizacionales e institucionales son la principal causa de la ausencia de seguimiento. Esto es, que las organizaciones de la sociedad civil o no gubernamentales cuentan con personal limitado, además de que en años recientes, la actividad de apoyo a personas migrantes ha incrementado, lo que prácticamente impide que se haga un seguimiento personalizado de cada caso que es atendido o canalizado a instituciones de salud pública.

En materia del instrumento de política pública que se usó como base para esta investigación, el PIASM, se incluyó una pregunta en el cuestionario para identificar el número de participantes que conocen dicho documento y las que no. Al respecto, se destaca que tres organizaciones sí lo conocen, tres lo conocen parcialmente y solo una respondió que no. Al ser un documento oficial, cuya vigencia inició desde el comienzo de la actual administración (2018-2024), es relevante notar que más de la mitad de las participantes no conoce el PIASM a profundidad, aun cuando es un instrumento mediante el cual se señalan las estrategias para garantizar y preservar el derecho a la salud de la población migrante y el cual es aplicable

para las organizaciones que se vinculen con los procesos de atención a la salud de la población en movilidad. Con lo anterior, puede inferirse que el PIASM es un documento que ha tenido un impacto poco significativo en la mejora de la política pública orientada a la salud migrante, sobre todo la salud femenina en el ámbito sexual y reproductivo. Resulta cuestionable el efecto del PIASM sobre la mejora de los servicios de salud pública y la garantía de accesibilidad, gratuidad y disponibilidad para servicios de salud ofrecidos a mujeres en movilidad. A pesar de que el documento del PIASM ofrece una guía de acción para organizaciones e instituciones que brinden atención a la salud de la población migrante, resulta evidente que el documento no surtió el efecto esperado y necesario. Actualmente, las organizaciones de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales y organizaciones de apoyo a población migrante no cuentan con alianzas sólidas con instituciones gubernamentales de provisión de servicios de salud, y las personas en movilidad, incluyendo población vulnerable como mujeres, niñas y adolescentes continúan sin recibir la cobertura íntegra de sus necesidades y el respeto a su derecho a la salud en México. No obstante, el desconocimiento del PIASM no limita la labor de las organizaciones civiles y colectivos de apoyo a migrantes y las acciones que éstas llevan a cabo encaminadas a proteger y preservar los derechos humanos (incluyendo los sexuales y reproductivos) de las mujeres en movilidad. Lo que se visualiza con esta investigación, es que el bajo impacto del Plan como instrumento de política pública o como guía de acción en materia de salud migrante no obstaculiza la labor de las organizaciones civiles. También se identifica que la carga de trabajo de recepción, atención y canalización de mujeres migrantes que requieren atención en el rubro de salud sexual no se distribuye equitativamente entre gobierno y sociedad civil, sino que es ésta última quien recibe la mayor carga de responsabilidad, y que se enfoca en atender a la población objetivo con base en el conocimiento de la normatividad internacional vigente.

La pregunta número 9 del cuestionario tuvo como intención conocer si existe alguna instancia gubernamental que provea visitas o capacitaciones para monitorear el nivel y calidad de atención en términos de los servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres migrantes. De siete participantes, seis aseguraron que no existe autoridad alguna que provea seguimiento o capacitación, y solo una indicó que sí existe. Esta respuesta, aun con la muestra reducida que se obtuvo en este estudio, es indicativa de la poca atención que se le da a la construcción

de alianzas entre los gobiernos federal y local y el sector civil que atiende de primera mano a la población en movilidad, incluyendo a mujeres con necesidades específicas relacionadas con su sexualidad y reproducción.

Existen diversas posibilidades para mejorar la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en movilidad, como la creación y fortalecimiento de redes y conexiones entre las instituciones de salud pública y las organizaciones de la sociedad civil, no gubernamentales, religiosas o instituciones de apoyo a migrantes o la creación de alianzas entre la sociedad civil organizada y los colectivos de atención a migrantes para enriquecer las redes de apoyo. Son las redes de solidaridad y alianza las que permiten mejorar los servicios de salud que se ofrecen a las personas en movilidad, sobre todo a aquellas que tienen mayor condición de vulnerabilidad, como las mujeres.

4.4. Principales similitudes: las alianzas entre actores como factor relevante en la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en movilidad

Las similitudes más evidentes entre los casos estudiados es la posibilidad de canalización de las mujeres migrantes a los servicios de salud pública. Todas las participantes en el cuestionario afirman tener la capacidad de canalización para el primer nivel de atención en instituciones públicas. Seis de los siete actores respondientes afirmaron poder canalizar a las mujeres a los tres niveles de servicios públicos de atención a la salud, a excepción del Servicio Jesuita a Refugiados, que únicamente canaliza a los servicios de primer y segundo nivel.

Para el caso de los servicios de salud privados, coinciden Sin Fronteras I.A.P., IMUMI y la defensora independiente en la posibilidad de canalización a estos servicios. Esto ocurre porque existen convenios y alianzas interinstitucionales (o interpersonales, para el caso de la defensora independiente) entre los actores mencionados y los hospitales o centros de salud privados que ofrecen atención en el primer nivel. Ninguno de los actores participantes reportó la posibilidad de canalización de las personas migrantes a servicios de salud privados en el tercer nivel de atención.

La canalización de las mujeres migrantes a otras organizaciones o a instituciones enfocadas al ámbito de la salud es un factor común entre todas las participantes, ya que, como se

mencionó antes, ninguna de las organizaciones se enfoca exclusivamente en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva femenina. Por lo anterior, tienen como responsabilidad prioritaria la construcción de alianzas para que así pueda fomentarse la canalización.

Sobre el conocimiento del PIASM, es de interés el hecho de que solamente tres actores respondieron que sí lo conocen: IMUMI, Colectiva MDEM y el CICR. Estas tres organizaciones también respondieron que sí conocen la legislación vigente en materia de acceso a servicios de salud para mujeres migrantes en tránsito por México.

Un rasgo común entre las participantes es la disposición para desarrollar un papel como parte de una cadena de alianzas y colaboración interorganizacional para brindar apoyo a las mujeres en movilidad que requieran distintos servicios durante su estancia o trayecto por la Ciudad de México. Comprenden que, aunque no siempre se pueda dar atención directa a ciertas necesidades específicas, las alianzas o grupos de trabajo que se tengan con otras organizaciones civiles o incluso instituciones públicas puede ser útil para atender a la población que lo requiera.

4.4.1. Principales diferencias: la atención a la salud sexual y reproductiva femenina y la prioridad con que se atienden estas necesidades

Cada organización tiene un enfoque distinto, y esto determina la forma en que abordan el tema de la salud para mujeres migrantes en tránsito por la Ciudad de México y en qué lugar de actividades prioritarias colocan la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, aunque sea el nivel más básico, que es la información. Dado que la agrupación de los actores participantes resulta compleja porque cada uno tiene un giro y un propósito distinto, es evidente que existen diferencias entre sí en las actividades desarrolladas por cada uno en cuanto a los servicios de salud sexual y reproductiva ofrecidos.

Aunque el propósito de este estudio no es determinar qué entidad es más efectiva en cuanto a los servicios de salud sexual y reproductiva que ofrece para las mujeres en movilidad, en este apartado se mencionarán las características que diferencian a un actor de otro bajo la categorización del que ofrece más servicios al que ofrece menos.

La defensora independiente es quizá el caso más completo. Esta persona ofrece atención directa en seis (productos de higiene menstrual, preservativo, anticonceptivos femeninos, prueba de embarazo, interrupción del embarazo, atención por violencia sexual) de los trece servicios listados en el cuestionario y canalización en todos los casos. Además, se distingue del resto de los casos por canalizar a las mujeres no solo a los tres niveles de salud pública, sino al primer nivel de atención en instituciones privadas. Lo hace de manera independiente y sin ser respaldada por ninguna organización, institución, partido político o agencia internacional. Su labor la hace construyendo alianzas con médicas, otras defensoras independientes y colectivas feministas. La diferencia principal respecto del resto de los participantes es que la actividad que desempeña abarca más que la que se lleva a cabo desde las organizaciones e instituciones porque no tiene un giro determinado ni un enfoque institucional al cual adherirse. Al ser independiente, puede abarcar tantas actividades como su capacidad individual le permita o las redes de apoyo que ha construido le faciliten.

Siguiendo el orden de la categorización de las entidades participantes, el CICR es una organización que considera como sujetos principales de sus líneas de acción a las mujeres migrantes, y también colabora con otras organizaciones civiles dentro de las rutas migratorias para la atención a las necesidades de salud que pudieran presentar, pero no ofrece seguimiento a los casos, como sí lo hace la defensora independiente.

A diferencia de los dos actores anteriores, Sin Fronteras I.A.P. busca contribuir a la promoción y protección de los Derechos Humanos de las personas migrantes y sujetas de protección internacional a través de la incidencia en la agenda pública y la atención directa. Su enfoque está orientado más bien hacia la generación de información y la búsqueda del acceso a la justicia, por lo que las cuestiones relacionadas con la salud no se transforman en acciones concretas, sino en la canalización. A pesar de lo anterior, a aquellas personas a

quienes se les canaliza siempre se les da un seguimiento, lo que no ocurre en otras entidades más grandes, como el CICR, o con actores independientes, que muchas veces no tienen capacidad logística para dar seguimiento a todos los casos.

Casa Frida Refugio LGBT se distingue de las demás participantes en este estudio por tener un enfoque orientado al apoyo y atención a las necesidades de la comunidad LGTBTTIQ+, incluyendo personas migrantes y personas mexicanas en situación de vulnerabilidad. En esta organización, los servicios ofrecidos que están relacionados con la sexualidad humana tienen que ver más con la cuestión de la violencia sexual (a la que puede estar expuesta cualquier persona) que con las necesidades de salud sexual y reproductiva femeninas. Los servicios que tienen que ver con la reproducción femenina como la interrupción del embarazo, la atención prenatal y postparto no se ofrecen en esta organización, como sí se ofrecen en otras entidades analizadas en este estudio.

Una característica que distingue al Servicio Jesuita a Refugiados de otras participantes es la atención a la salud mental, que se provee de forma directa, y que coincide con sus objetivos y misión en cuanto a la atención en esta área de salud específica. Sin embargo, la atención a la salud mental se orienta más hacia el efecto anímico propio del trayecto y de las violencias que puedan surgir de éste, pero no se menciona la atención a la salud mental por efecto de violencia sexual, física o de género. A diferencia de Sin Fronteras, I.A.P., Casa Frida Refugio LGBT o el propio CICR, el SJR cuenta con personal especializado para la canalización, sobre todo de los servicios de salud sexual que se incluyeron en las preguntas de este estudio, y siempre dan seguimiento a los casos atendidos. Esto es particularmente relevante, al ser una organización religiosa y al no tener como enfoque principal la atención a la salud sexual y reproductiva ni tener como población objetivo únicamente a las mujeres migrantes.

La diferencia más significativa del IMUMI con respecto a las demás participantes, es que es una organización que se enfoca exclusivamente en la atención a mujeres en contextos migratorios, pero tiene enfoques prioritarios que no se vinculan directamente con la salud sexual y reproductiva femenina. Es una organización creada por mujeres para brindar atención a otras mujeres en situaciones de vulnerabilidad, como la migración irregular. Es un

espacio que funge como puente de conexión entre las mujeres migrantes y otras organizaciones o instituciones que ofrecen atención sanitaria femenina. A pesar de ser una organización con posicionamiento feminista y orientada exclusivamente a la atención a mujeres en migración, para efectos de este estudio, se coloca en una posición de poca oferta de servicios de salud sexual y reproductiva, ya que su enfoque es de canalización más que de atención directa.

La Colectiva MDEM es quizá la organización más *sui generis* de las que participaron en esta investigación y probablemente la que más diferencias tiene con el resto. Por lo anterior, al momento de participar con sus respuestas, se enfrentó a una serie de complicaciones para responder. Al ser una colectiva digital, que busca la incidencia a través de la generación de información, la posibilidad de ofrecer algún servicio de salud sexual y reproductiva de forma directa es nula. El enfoque de esta colectiva se encuentra en la provisión de información que sea el reflejo del estatus real de las condiciones al interior de las Estaciones Migratorias y que se reconozca la importancia de atender las necesidades de salud menstrual para las usuarias de albergues y de Estaciones Migratorias. Por un lado, la participación por parte de ellas fue sumamente complicada, y por consiguiente, la interpretación de sus respuestas resultó difícil, pues no fue tan sencillo encontrar un punto de acción más allá de la difusión de información. Sin embargo, también se distingue de otras participantes en el sentido de que conocen el PIASM y la legislación en materia de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de mujeres en migración.

4.5. Limitaciones del estudio

Entre las principales limitaciones del estudio se identifica la poca disponibilidad de información enfocada en la demarcación territorial seleccionada para la investigación. Esto dificultó la contextualización de la situación en la Ciudad de México e influyó en la capacidad para localizar a instituciones gubernamentales y otras organizaciones civiles que pudieran ser participantes en la investigación. La dinámica en materia migratoria en la Ciudad de México es distinta a la de las ciudades fronterizas, por lo que, al iniciar el mapeo de posibles participantes, se detectó que hay menos actividad de atención directa con población migrante comparada con entidades federativas ubicadas en las fronteras norte y sur. Al ser una ciudad

extensa en territorio, se dificultó la visita presencial a la mayoría de las instituciones gubernamentales de salud, organizaciones civiles y sedes de organizaciones internacionales, lo que redujo aún más el volumen de información recabada para contextualización y, sobre todo, limitó el universo de participantes en el estudio. La ausencia de respuesta por medios digitales (correo, redes sociales) de algunas de las posibles participantes, así como la falta de medios de contacto de otras, reveló la escasa información con la que puede contarse como investigadora de las dinámicas de provisión de servicios de salud sexual y reproductiva en la Ciudad de México. Por lo anterior, el alcance de los hallazgos de este estudio se limita al reducido universo de participantes. No obstante, esto significa que la investigación presentada en este documento sienta un precedente en el contexto de la capital del país y la necesidad que se tiene de reforzar la investigación del tema en la ciudad y así, seguir evidenciando la creciente dinámica migratoria y las necesidades de política pública con relación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en movilidad que transitan por la Ciudad de México.

Conclusiones y recomendaciones

A pesar de que la Ciudad de México es la capital del país y se tiene la concepción de que es una ciudad de múltiples avances, desarrollo, infraestructura y capacidad de gestión en cuanto a temas migratorios, la realidad es que la situación actual dista mucho del ideal que debería existir en una metrópoli donde convergen múltiples rutas migratorias provenientes del sur del país y de la región centroamericana y que, a su vez, es punto de partida de miles de personas migrantes con rumbo a la frontera norte y a Estados Unidos.

El sistema de salud pública en la ciudad requiere de un fortalecimiento profundo para lograr la garantía del acceso a servicios de salud, sobre todo de salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes, en respuesta a los procesos de feminización de la migración y el cambio en las tendencias de movilidad humana, en los que las mujeres se suman cada vez más y cumplen roles distintos a los que originalmente cumplían.

La lectura de distintos estudios desarrollados en el país y en la Ciudad de México demuestran que la política pública impulsada por el gobierno de la actual administración federal no ha sido suficiente y no ha logrado el impacto necesario en la población migrante, sobre todo en los grupos más vulnerables dentro de ésta, como son las mujeres, adolescentes y niñas.

Para comenzar a generar un cambio y un impacto positivo, el Estado y los gobiernos locales (para el caso que nos ocupa, el gobierno de la Ciudad de México) deben garantizar que los servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres en movilidad sean ofrecidos de manera gratuita y oportuna, sin distinción ni discriminación alguna. También es responsabilidad del Estado y gobiernos locales el brindar a los servidores públicos de las instituciones de atención directa a migrantes una capacitación constante en materia de derechos humanos con perspectiva de género, derechos sexuales y reproductivos, el principio de no discriminación y la legislación y normatividad vigente sobre migración internacional.

El gobierno federal debe ser congruente con lo establecido en las herramientas de política pública orientadas a la atención en distintos ámbitos del fenómeno migratorio en términos de presupuesto asignado, asignación de recursos humanos y materiales y las líneas de acción

que se establecen en los documentos públicos. El gobierno federal y el gobierno local deben promover, a través de la Secretaría de Salud, la difusión de información clara, oportuna y accesible para las personas en tránsito por el país y por la Ciudad de México sobre el derecho que tienen para acceder a servicios de salud pública, sobre todo para las mujeres y niñas, cuyas necesidades físicas y sexuales son diferentes a las de los hombres.

Por su parte, las organizaciones de la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales, organizaciones religiosas y otras entidades que trabajen con población migrante deben mantener el vínculo y las alianzas que han creado hasta el momento y procurar generar más redes de apoyo interorganizacional/interinstitucional para difundir información sobre temas de salud y derechos humanos entre la población migrante.

En la Ciudad de México aún queda camino por recorrer en el reconocimiento de la problemática, la identificación de casos que requieren atención, en la comunicación entre gobierno y sociedad civil y en la recolección, almacenamiento y difusión de la información sobre la atención que se brinda a población migrante femenina. Sin embargo, el trabajo de investigación que se realiza, aunque sea de forma exploratoria, es útil para la construcción de un contexto local, sobre todo en una ciudad que se encuentra en constante movimiento, y en cuyo dinamismo también participa la población migrante. La Ciudad de México debe contribuir al cambio y a la inclusión de las personas en movilidad - sobre todo a las mujeres - a la sociedad, y ser una entidad garante de derechos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar-Villanueva, L. (1992). La Hechura de las Políticas Públicas. Primera edición, julio de 1992, Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial, 1992, pp. 15-28. Recuperado de: <https://politicaspUBLICASydeporte.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/09/la-hechura-de-las-politicas-pc3bablicas.pdf>
- Alba, F. (2010). Extendiendo el alcance de las políticas públicas en materia migratoria. Temas de migración. Reflexiones en torno a la emigración mexicana como objeto de políticas públicas. Paula Leite y Silvia E. Guiorguli (Coord.), Consejo Nacional de Población (primera edición, Consejo Nacional de Población, 2010, pp. 17-26). Consejo Nacional de Población. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Michael-Flynn-2/publication/277220235_Fomento_de_la_seguridad_y_la_salud_ocupacional_de_los_trabajadores_inmigrantes_de_Mexico_en_los_Estados_Unidos_Posibles_esfuerzos_de_colaboracion_entre_agencias_estadunidenses_y_mexicanas/links/5564861608ae94e957204a80/Fomento-de-la-seguridad-y-la-salud-ocupacional-de-los-trabajadores-inmigrantes-de-Mexico-en-los-Estados-Unidos-Posibles-esfuerzos-de-colaboracion-entre-agencias-estadunidenses-y-mexicanas.pdf#page=18
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). (2018). Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/es/migration/global-compact-safe-orderly-and-regular-migration-gcm>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (s.f.). Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular (GCM). Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/es/migration/global-compact-safe-orderly-and-regular-migration-gcm>
- Álvarez-Enríquez, L. (2010). La gestión cultural como gestión política. Los pueblos originarios de la Ciudad de México. La gestión incluyente en las grandes ciudades. Estructura urbana, movilidad, seguridad y pluriculturalidad, México: UNAM-CEIICH/UAM/Instituto Nacional de Antropología e Historia, pp. 389-407. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/344486478_Trayectorias_humanas_en_la_bestia
- Álvarez-Gayou, J. et al. (2014). La investigación cualitativa. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado de: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/tlahuelilpan/n3/e2.html>
- Álvarez, L. (2010). “*La gestión cultural como gestión política. Los pueblos originarios de la Ciudad de México.*” La gestión incluyente en las grandes ciudades. Estructura urbana, movilidad, seguridad y pluriculturalidad (pp.389-407). Recuperado de:

<https://www.researchgate.net/publication/328319009> La gestión cultural como gestión política Los pueblos originarios en la Ciudad de México

- Alvira, F. (2011). Cuadernos metodológicos. La encuesta: una perspectiva general metodológica. Centro de Investigaciones Sociológicas. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?hl=en&lr=&id=GbZ5JO-IoDEC&oi=fnd&pg=PA1&dq=encuesta&ots=TVheEPab9T&sig=cxg7VAITWwoA_i8Thd-eO5jWmUc&redir_esc=y#v=onepage&q=encuesta&f=false
- Arroyo, E., Cano, B., París, D., Ruíz, R., Palacios, A. y Mariscal, J. (2018). Cronología de la Caravana Centroamericana. Observatorio de Legislación y Política Migratoria, El Colegio de la Frontera Norte. Recuperado de: <https://olpm.colef.mx/infograficos/cronologia-de-la-caravana-centroamericana/>
- Asakura, H. y Torres, M. (2013). “Migración femenina centroamericana y violencia de género: pesadilla sin límites.” Zona Franca, Revista del Centro de Estudios Interdisciplinario sobre Mujeres, año 21, núm. 22, 2013. Recuperado de: <https://zonafranca.unr.edu.ar/index.php/ZonaFranca/article/view/23>
- Balbis, J. (2001). ONGs, gobernanza y desarrollo en América Latina y el Caribe, 2001. Instituto de Comunicación y Desarrollo. Recuperado de: <https://www.lasociedadcivil.org/doc/ongs-gobernanza-y-desarrollo-en-america-latina-y-el-caribe/>
- Balcázar, P. et al. (2006). Investigación cualitativa. Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de: <https://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/4641>
- Benhumea, E. (2021). El sistema de salud mexicano. Una revisión a las contradicciones del derecho humano a la salud a partir de los procesos sociopolíticos de la ciudadanía 2000-2019. Escuela Internacional de Doctorado. Recuperado de: <https://apidspace.linhd.uned.es/server/api/core/bitstreams/9d0eb5f2-fe01-4610-8e20-da0bb2618c2b/content>
- Bobes-León, V. (2020). “Migrantes de tránsito: (des)protección. Exclusión y (no) acceso a derechos” en Bobes (Ed.), Política Migratoria y Derechos de los Migrantes en México. (primera edición, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO, 2018, pp. 83-126). FLACSO México.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2011). Ley de Migración. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de mayo de 2011. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Recuperado de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LMigra.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2024). Ley General de Salud. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Recuperado de: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf

- Cano-Blanco, A. y Rocha-Castillo, A. (2023). "Mujeres y migración: perspectiva de género en las políticas migratorias del triángulo norte de Centroamérica." *Revista Científica de Estudios Sociales RCES*. Recuperado de: <https://portalderevistas.uam.edu.ni/index.php/revistaestudiossociales/article/view/47/33>
- Cárdenas, R. y Vázquez, B. (2013). Recursos disponibles para la protección de mujeres migrantes en tránsito por Tamaulipas. *Papeles de población*, vol. 20, no. 79, enero-marzo 2014. Recuperado de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252014000100007
- Castillo, E. (2008). Transnacionalismo y políticas públicas: la vinculación de las comunidades de emigrantes con su país de origen. *Entre Dos Orillas, Revista Transnacional para la Convivencia Intercultural*, año 3, número 6, pp. 10-16. Recuperado de: https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/5064/breve_evolucion_de_la_politica_migratoria_mexicana.pdf
- Castillo, M. y Toussaint, M. (2015). La frontera sur de México: orígenes y desarrollo de la migración centroamericana. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, Vol. 12, No. 2, julio-diciembre, 2015. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5249224.pdf>
- Clínica Especializada Condesa. (2024). Programas. Clínica Especializada Condesa. Recuperado de: <https://condesa.cdmx.gob.mx/index.php/programas?view=category&id=2>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). (2018). Se promulga la Ley de Seguridad Social, base del Instituto Mexicano del Seguro Social. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Recuperado de: https://www.cndh.org.mx/noticia/se-promulga-la-ley-de-seguridad-social-base-del-instituto-mexicano-del-seguro-social#_ftn1
- Cortés, A. (2018). "Violencia de género y frontera: migrantes centroamericanas en México hacia los EE.UU." Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: https://www.jstor.org/stable/pdf/26525008.pdf?refreqid=excelsior%3Aba45006c4cb627871ef32ed3c7649f4f&ab_segments=&origin=&initiator=&acceptTC=1
- Ehrenreich, B. y Hochschild, A. (2004). "Global Woman. Nannies, Maids, and Sex Workers in the New Economy." Henry Holt and Company, LLC. Recuperado de: https://us.sagepub.com/sites/default/files/upm-assets/48332_book_item_48332.pdf
- Esquivel, A., Márquez, M. y Alvarado, A. (2021). Experiencias en el acceso a servicios de salud sexual de personas migrantes haitianas durante su tránsito en México. *Huellas de la Migración*, año 6, núm. 12, julio-diciembre de 2021. Recuperado de: <https://huellasdelamigracion.uaemex.mx/article/view/16582/14292>
- Gobierno de la Ciudad de México. (2021). Ley de Salud de la Ciudad de México. Gobierno de la Ciudad de México. Recuperado de: https://paot.org.mx/centro/leyes/df/pdf/2021/LEY_SALUD_CDMX_09-08-2021.pdf

- Gobierno de México. (2014). Otorgan Seguro Popular a Migrantes. Gobierno de México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/prensa/otorgan-seguro-popular-a-migrantes-7519>
- Granada, I. et al. (2021). “La migración desde una perspectiva de género: ideas operativas para su integración en proyectos de desarrollo”. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/es/publications/spanish/viewer/La-migracion-desde-una-perspectiva-de-genero-Ideas-operativas-para-su-integracion-en-proyectos-de-desarrollo.pdf>
- Guillén, B. (2023). Violadas y sin poder acceder a un hospital: la realidad de las mujeres migrantes en la ruta a Estados Unidos. El País México. Recuperado de: <https://elpais.com/mexico/2023-03-05/violadas-y-sin-poder-acceder-a-un-hospital-la-realidad-de-las-mujeres-migrantes-en-la-ruta-a-estados-unidos.html>
- Hernández-Ardieta, I. (2013). “Haciendo camino al andar: migración, feminización y trata de personas en los flujos de migración irregular de la frontera sur de México.” Revista Digital Universitaria UNAM, Vol. 14, núm. 7. Recuperado de: <https://www.revista.unam.mx/vol.14/num7/art21/art21.pdf>
- Hernández, O. (2021). Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. Revista Cubana de Medicina General Integral, vol. 37, número 3, Ciudad de La Habana, julio-septiembre 2021. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002
- Hirata, H. y Kergoat, D. (1997). “La división sexual del trabajo. Permanencia y cambio.” Asociación Trabajo y Sociedad. Recuperado de: <https://cem.cl/la-division-sexual-del-trabajo-permanencia-y-cambio-helena-hirata-daniele-kergoat-con-la-colaboracion-de-marie-helene-zylberberg-hocquard-asociacion-trabajo-y-sociedad-argentina-centro-de-estudio/>
- Infante, C., Silván, R., Caballero, M. y Campero, L. (2013). “Sexualidad del migrante: experiencias y derechos sexuales de centroamericanos en tránsito a los Estados Unidos.” Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5098/4924>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2020). “Censo de Población y Vivienda 2020.” Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- Jiménez, V. y Comet C. (2016). Los estudios de casos como enfoque metodológico. ACADEMO, Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades,

- diciembre 2016, Vol. 3, número 2. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5757749>
- Jolly, S. y Reeves, H. (2005). “Género y Migración. Informe General.” Institute of Development Studies. Recuperado de: https://www.iberotorreon.mx/publico/pdf/prami/Genero_Migracion_VOL_I_ECOSUR_COLMICH.pdf
- Juárez-Medina, L. (2023). El fenómeno de la migración en México: un reto para el sector salud. Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería. Recuperado de: <https://rd.buap.mx/ojs-dm/index.php/cmsj/article/view/1229/1276>
- Kergoat, D. (2002): Kergoat, D. (2002). Le rapport social de sexe. De la reproduction des rapports sociaux à leur subversion. *Actuel Marx*, 2(30), 85-100. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/364872331_Le_rapport_social_de_sexe_d_e_la_reproduction_des_rapports_sociaux_a_leur_subversion
- Lahera, E. (2004). Política y Políticas Públicas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Recuperado de: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/c009498b-5162-402b-b338-c5ffdab30714/content>
- Larrea-Schiavon, S. et al. (2021). “Atención a la salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes: Un mapeo de actores de la sociedad civil en México – 2020.” Population Council y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, IPAS CAM. Recuperado de: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh/1640/
- Leal-Jofré, E. et al. (2022). “Salud sexual y reproductiva en Mujeres migrantes latinoamericanas: una revisión narrativa”. *Revista Musas*, Vol. 7, núm. 2 (2022). Universidad de Valparaíso. Recuperado de: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/40397/38133>
- Leal-Jofré, et al. (2022). Salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes latinoamericanas: una revisión narrativa. *Revista Musas*, vol. 7, núm. 2, 2022. Recuperado de: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/40397/38133>
- Leyva-Flores, R. (2024). “Dinámica de movilidad y salud de mujeres migrantes en México, en el contexto de la pandemia por Covid-19, 2021-2022.” *Revista Salud Pública México*. Recuperado de: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14812/12520>
- Leyva-Flores, R. et al. (2016). “Migración y redes sociales para la salud sexual y reproductiva: experiencias del Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito por México.” Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2018/Docs/180724_Migracion_y_redes_ISBN.pdf

- Leyva-Flores, R., Charvel-Orozco, S. e Infante-Xibilé, C. (2018). “Migración, VIH y Acceso a Servicios de Salud en México.” Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/498523/Migraci_n_y_VIH_2019_No14.pdf
- Leyva, R. y Morales, P. (2022). Programa Clínica Santuario. Protección y Atención para Migrantes y Mexicanos Repatriados. Clínica Especializada Condesa. Recuperado de: https://condesa.cdmx.gob.mx/pdf/Programa_Clinica_Santuario.pdf
- Leyva, R., Infante, C., Serván-Mori, E., Quintino, F. y Silverman, O. (2015). Acceso a servicios de salud por migrantes centroamericanos en tránsito por México. CANAMID Policy Brief Series, PB05, CIESAS: Guadalajara, México. Recuperado de: <https://www.canamid.org/publication?id=PB05>
- Llanes-Díaz, N., Bojórquez-Chapela, I. y Odgers-Ortiz, O. (2023). “Oferta de servicios de salud sexual y reproductiva a personas migrantes centroamericanas en Tijuana.” Pan American Journal of Public Health. Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57270/v47e562023.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- López-Arellano, M. (2014). “Diagnóstico sobre acceso a servicios de salud para personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas.” Sin Fronteras, I.A.P. Recuperado de: https://sinfronteras.org.mx/agendamigracioncdmx/assets/diagnostico_acceso_servicios_de_salud.pdf
- Marzorati, R. y Marconi, G. (2018). “Gobernar la migración y la diversidad urbana en la ciudad de México. Una reflexión crítica a partir de la ley de interculturalidad.” Revista Interdisciplinaria da Mobilidade Humana, vol. 26, núm. 52, pp. 149-166, 2018. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/4070/407055545009/html/>
- Monge, E. (2010). Citado en Jiménez, V. y Comet, C. (2016). Los estudios de casos como enfoque metodológico. ACADEMO, Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades, diciembre 2016, Vol. 3, número 2. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5757749>
- Morse. (2003). Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones. Madrid: Mc Graw Hill. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/5530/553056828013/553056828013.pdf>
- Núñez-Sarmiento, M. (2005). “Los estudios de género en Cuba y sus aproximaciones metodológicas, multidisciplinarias y transculturales (1974-2001).” Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Recuperado de: <http://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar:8080/handle/CLACSO/5448>
- Ochoa-Marín, S., Cristancho-Marulanda, S. y González-López, J. (2011). “Mujeres compañeras de migrantes: imagen social y búsqueda de servicios de salud sexual y

- reproductiva.” Revista de Salud Pública, Vol. 13, núm. 2. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000200001
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1965). “Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial.” Organización de las Naciones Unidas. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial>
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (1994). “Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará)”. Organización de los Estados Americanos. Recuperado de: <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/BelemDoPara-ESPANOL.pdf>
- Organización Internacional para las Migraciones (2022). Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022. Organización Internacional para las Migraciones. Recuperado de: <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2022>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2023). “Género, migración y tareas del cuidado: Desafíos en América del Sur.” Organización Internacional para las Migraciones. Recuperado de: <https://robuenosaires.iom.int/sites/g/files/tmzbd1626/files/documents/2023-03/OIM-ONU-MUJERES-Genero-migracion-tareas-del-cuidado.pdf>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2024). Evaluación de brechas de información en datos de salud sobre población migrante en México (Tapachula, Chiapas): Barreras, actores clave, desafíos y oportunidades. Organización Internacional para las Migraciones. Recuperado de: <https://kmhub.iom.int/sites/default/files/2024-05/INFORME%20MEXICO%201.pdf>
- Organización Internacional para las Migraciones; ONU Mujeres; Fondo de Población de las Naciones Unidas; Iniciativa Spotlight. (2021). “Los procesos migratorios en la incidencia de la violencia contra las mujeres y niñas.” Recuperado de: <https://kmhub.iom.int/sites/default/files/2022-11/Los%20procesos%20migratorios%20en%20la%20incidencia%20de%20la%20violencia%20contra%20las%20mujeres%20y%20ni%C3%B1as.%20Centroam%C3%A9rica%20M%C3%A9xico%20y%20Rep%C3%BAblica%20Dominicana.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Salud de la mujer. Datos y cifras. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health#:~:text=Mujeres%20en%20edad%20reproductiva%20\(15,adultas%20\(20%20a%2059%20a%C3%B1os](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health#:~:text=Mujeres%20en%20edad%20reproductiva%20(15,adultas%20(20%20a%2059%20a%C3%B1os)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). “La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo.” Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

- Ortega-Ramírez, A. (2024). Migraciones, derecho a la ciudad y utopía. El caso de la Ciudad de México. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Vol. 25, año 2024. Recuperado de: <https://ref.uabc.mx/ojs/index.php/ref/article/view/1202>
- Peña, J., Vázquez-Quesada, L. y Vieitez Martínez, I. (2022). “Necesidades y atención en salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes en México: un estudio desde Ciudad Juárez, Chihuahua.” El Colegio de la Frontera Norte. Recuperado de: https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1011&context=focus_sexual-health-repro-choice
- Petrozziello, A. (2012). “Género en marcha. Trabajando el nexo migración-desarrollo desde una perspectiva de género.” Guías de aprendizaje, Santo Domingo, ONU-MUJERES. Recuperado de: https://trainingcentre.unwomen.org/RESOURCES_LIBRARY/Resources_Centre/Genero%20en%20marcha-Manualjan2015.pdf
- Ponce, A. (2018). El Estudio de Caso Múltiple. Una Estrategia de Investigación en el Ámbito de la Administración. Instituto de Altos Estudios Nacionales, Centro de Gobierno y Administración Pública, Revista Publicando, 5, núm. 15 (2), 2018. Recuperado de: https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/1359/pdf_992
- Portal de Datos Sobre Migración. (2022). Derechos de los migrantes. Portal de Datos Sobre Migración. Recuperado de: <https://www.migrationdataportal.org/es/themes/derechos-de-los-migrantes>
- Ramos, D., Hernández, A. y Astorga, A. (2019). “Trayectorias humanas en La Bestia: Migración en tránsito y estacionalidad de centroamericanos Ocotlán y Guadalajara.” Universidad de Guadalajara. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/375519154_TRAYECTORIAS_HUMANAS_EN_LA_BESTIA_MIGRACION_EN_TRANSITO_Y_ESTACIONALIDAD_DE_CENTROAMERICANOS_OCOTLAN_Y_GUADALAJARA
- Ramos, D., Hernández, R. y Astorga, A. (2019). Trayectorias humanas en la Bestia. Migración en Tránsito y Estacionalidad de Centroamericanos. Ocotlán y Guadalajara, 2010-2015. Universidad de Guadalajara. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/344486478_Trayectorias_humanas_en_la_bestia
- Reyes-Miranda, A. (2014). Migración Centroamericana Femenina en tránsito por México hacia Estados Unidos. Observatorio de Migración Internacional. Recuperado de: http://www.omi.gob.mx/work/models/OMI/Resource/1574/1/images/Alejandra_Reyes.pdf
- Reyes-Miranda, A. (2020). Acceso a la salud de las mujeres migrantes en México. Revista Migración y Salud, Año 4, número 5, 2023. Secretaría de Gobernación y Consejo Nacional de Población. Recuperado de:

<https://www.gob.mx/conapo/documentos/migracion-y-salud-migration-and-health-352988>

Salcedo, M. (2022). Ciudades Interculturales: ¿El futuro de las políticas de integración en México? Friederich Naumann Foundation. Recuperado de: <https://www.freiheit.org/es/mexico/ciudades-interculturales-el-futuro-de-las-politicas-de-integracion-en-mexico>

Sandoval, E. y Montoya, B. (2016). Migración y la política pública en México. Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población. Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de: <https://hemeroteca.uaemex.mx/index.php/huellasmigracion/article/view/4433>

Secretaría de Inclusión y Bienestar Social (SIBISO) (2020). “Personas en movilidad humana. Atención a personas migrantes sujetas de protección internacional.” Recuperado de: <https://sibiso.cdmx.gob.mx/personas-en-movilidad-humana>

Secretaría de Inclusión y Bienestar Social. (2019). Atención a Personas Migrantes y Sujetas de Protección Internacional. Secretaría de Inclusión y Bienestar Social. Recuperado de: <https://sibiso.cdmx.gob.mx/personas-en-movilidad-humana>

Secretaría de Relaciones Exteriores. (2018). Comunicado. México Reafirma su compromiso con el multilateralismo y con la gobernanza efectiva de la migración internacional. Recuperado de: <https://embamex.sre.gob.mx/vaticano/index.php/noticias/256-mexico-en-el-pacto-mundial-para-una-migracion-segura-ordenada-y-regular>

Secretaría de Salud. (2012). “Género y Salud en Cifras.” Secretaría de Salud, Vol. 10, núm. 2/3, mayo-diciembre 2012. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/23228/GySenCMayDic12.pdf>

Serrano, S. y Vázquez, D. (2020). Enfoque de derechos humanos y migración. en Bobes (Ed.), Política Migratoria y Derechos de los Migrantes en México. (primera edición, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO, 2018, pp. 25-47). FLACSO México.

Sin Fronteras, I.A.P. (2021). Informe Institucional 2020-2021. Sin Fronteras, I.A.P. Recuperado de: https://sinfronteras.org.mx/wp-content/uploads/2020/02/INFORME_20-21-01.12.22_002_fn.pdf

Stake, R. (2005). Citado en Ponce, A. (2018). Qualitative case studies. El Estudio de Caso Múltiple. Una Estrategia de Investigación en el Ámbito de la Administración. Instituto de Altos Estudios Nacionales, Centro de Gobierno y Administración Pública, Revista Publicando, 5, núm. 15 (2), 2018. Recuperado de: https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/1359/pdf_992

Taylor, S. y Bogdan, R. (1986) en Cueto, E. (2001). Investigación cualitativa. Applied

- Sciences in Dentistry Journal, vol. 1, número 3, diciembre de 2020. Recuperado de: [file:///Users/sandraestracedillo/Downloads/admin,+2574-9359-1-CE%20\(2\).pdf](file:///Users/sandraestracedillo/Downloads/admin,+2574-9359-1-CE%20(2).pdf)
- Tuñón, E. y Rojas, M. (2012). “Género y Migración I”. El Colegio de la Frontera Sur; El Colegio de la Frontera Norte, A.C.; El Colegio de Michoacán, A.C; Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Introducción, pp. 17-30. Recuperado de: https://www.iberotorreon.mx/publico/pdf/prami/Genero_Migracion_VOL_I_ECOS_UR_COLMICH.pdf
- Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas (UPMRIP). (2022). “Diagnóstico de la movilidad humana en la Ciudad de México.” Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas. Recuperado de: https://portales.segob.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CPM/foros_regionales/estados/centro/info_diag_F_centro/diag_CDMX.pdf
- Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas (UPMRIP). (2018). Nueva Política Migratoria del Gobierno de México 2018-2024. Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas. Recuperado de: https://portales.segob.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Nueva_Politica_Migratoria
- Valido, A. (2023). “Feminización de las migraciones internacionales; una perspectiva desde el Derecho”. Instituto Superior de Relaciones Internacionales “Raúl Roa García”. Recuperado de: <https://revistas.uh.cu/novpob/article/view/1583/1395>
- Vargas-Ribas, C. (2022). “La feminización de las migraciones: algunas reflexiones.” Aldea Mundo: Revista sobre Fronteras e Integración Regional, año 27, núm. 54. Julio-diciembre 2022. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Claudia-Vargas-Ribas/publication/367860514_LA_FEMINIZACION_DE_LAS_MIGRACIONES_ALGUNAS_REFLEXIONES/links/63dae10ec465a873a2776ab4/LA-FEMINIZACION-DE-LAS-MIGRACIONES-ALGUNAS-REFLEXIONES.pdf
- Vargas-Ruiz, M. (2023). “Sistema de salud mexicano: de la descentralización hacia la re-centralización.” Revista latinoamericana de derecho social, No. 36, ene/jun 2023. Recuperado de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-46702023000100193
- Vázquez-Quesada, L. (2021). “Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020 – Informe de la investigación.” Population Council y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, IPAS CAM. Recuperado de: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-pgy/1533/
- Vázquez-Quesada, L. (2021). “Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva 2020 – Informe de la investigación.”

Population Council y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, IPAS CAM. Recuperado de: <https://ipasmexico.org/pdf/IpasCAM2022-MujeresMigrantesTapachula-Investigacion.pdf#page=3>

Yin, R. (2003). Citado en Ponce, A. (2018). Qualitative case studies. El Estudio de Caso Múltiple. Una Estrategia de Investigación en el Ámbito de la Administración. Instituto de Altos Estudios Nacionales, Centro de Gobierno y Administración Pública, Revista Publicando, 5, núm. 15 (2), 2018. Recuperado de: https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/1359/pdf_992

Zerpa de Kirby, Y. (2016). Lo cualitativo, sus métodos en las ciencias sociales. Revista Sapienza Organizacional, vol. 3, núm. 6, 2016, julio-diciembre, pp. 207-230. Universidad de Los Andes Venezuela. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/5530/553056828013/553056828013.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Listado de organizaciones, albergues, instituciones y personas contactadas para aplicación de cuestionario

Nombre de la organización o persona	Tipo de organización	Fecha de envío de cuestionario	Comentarios	Número de intentos de contacto e invitación a participar	Método de contacto más efectivo
Casa Frida Refugio LGBT	Organización de la Sociedad Civil/Albergue	16 de febrero de 2024	Respondió a cuestionario	<u>Dos intentos.</u> En el primer intento se recibió la indicación de reenviar la solicitud a la persona encargada del área del Programa de Integración de Casa Frida. En el segundo intento, la persona responsable de área respondió y accedió a participar.	Correo electrónico
Sin Fronteras I.A.P.	Organización de la Sociedad Civil	21 de febrero de 2024	Respondió a cuestionario	<u>Dos intentos.</u> En el primer intento no se obtuvo respuesta alguna, sino hasta 11 días después, que volvió a hacerse contacto y se estableció comunicación con personal que accedió a responder el cuestionario.	Correo electrónico
Fundación Scalabrini Mx	Organización de la Sociedad Civil	21 de febrero de 2024	Nunca respondió a la comunicación	<u>Un intento.</u>	
Albergue Casa del Migrante Arcángel Rafael	Organización de la Sociedad Civil	21 de febrero de 2024	Nunca respondió a la comunicación	<u>Un intento.</u> El correo electrónico enviado rebotó.	
Casa Fuente Refugio	Organización de la Sociedad Civil	21 de febrero de 2024	Respondió a la comunicación, pero no accedió a contestar cuestionario	<u>Dos intentos.</u> La coordinación respondió activamente a la comunicación, pero exigía trabajo de voluntariado a cambio de responder el cuestionario.	Correo electrónico y mensaje de texto a celular personal.
Instituto para las Mujeres en la Migración, A.C. (IMUMI)	Organización de la Sociedad Civil	10,12 y 15 de abril de 2024	Respondió a cuestionario	<u>Tres intentos.</u> En el primer intento, se obtuvo respuesta automática del servidor del Instituto. En el segundo intento se envió mensaje a través de la plataforma LinkedIn a la encargada de la Coordinación de Incidencia para solicitar apoyo. En el tercer intento se envió correo a la Coordinadora	Correo electrónico y plataforma LinkedIn.

				Administrativa de la Clínica Jurídica.	
Casa de los Amigos	Organización de la Sociedad Civil	09 de abril de 2024	Nunca respondió a la comunicación	<u>Un intento.</u>	
Grupo de Trabajo sobre Política Migratoria	Organización de la Sociedad Civil	15 de abril de 2024	Nunca respondió a la comunicación	<u>Un intento.</u>	
Red de Coalición Pro-Defensa del Migrante, A.C.	Organización de la Sociedad Civil	15 de abril de 2024	Nunca respondió a la comunicación	<u>Un intento.</u> El correo enviado rebotó.	
Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos	Organización de la Sociedad Civil	15 de abril de 2024	Nunca respondió a la comunicación	<u>Un intento.</u> El correo enviado rebotó.	
Las Vanders	Organización de la Sociedad Civil Feminista	17 de abril de 2024	Respondieron comunicación inicial, mostraron interés en responder cuestionario, pero no participaron	<u>Tres intentos.</u> Se envió correo electrónico y se obtuvo respuesta sobre interés de participar. Solicitaron enviar cuestionario al día siguiente para programar la respuesta. Se envió cuestionario y segundo correo de recordatorio. El tercer correo se envió al día siguiente para solicitar atención al envío.	Correo electrónico
Colectiva Menstruación Digna en Escenarios de Movilidad	Organización de la Sociedad Civil Feminista	16 de abril de 2024	Respondió a cuestionario	<u>Dos intentos.</u> Se envió correo electrónico y se envió mensaje directo en redes sociales oficiales.	Redes sociales oficiales.
Salud Integral para la Mujer, A.C.	Organización de la Sociedad Civil Feminista	17 de abril de 2024	Nunca respondió a la comunicación	<u>Dos intentos.</u> El primer contacto se estableció a través del correo electrónico oficial. El segundo intento se hizo a través de mensaje directo en su página oficial en redes sociales.	
Católicas por el Derecho a Decidir, México	Organización de la Sociedad Civil Feminista y Religiosa	17 de abril de 2024	Nunca respondió a la comunicación	<u>Dos intentos.</u> El primer contacto se estableció a través del correo electrónico oficial. El segundo intento se hizo a través de mensaje directo en su página oficial en redes sociales.	

Red Materno Infantil, CDMX	Organización de la Sociedad Civil Feminista	17 de abril de 2024	Nunca respondió a la comunicación	<u>Dos intentos.</u> El primer contacto se estableció a través del correo electrónico oficial. El segundo intento se hizo a través de mensaje directo en su página oficial en redes sociales.	
Asylum Access México	Organización no Gubernamental	21 de febrero y 15 de abril de 2024	Respondieron comunicación por correo electrónico, accedieron a participar, pero no contestaron cuestionario	<u>Tres intentos.</u> Se envió primer correo, mismo que contestaron accediendo a participar, pero no se registró respuesta en cuestionario. Se enviaron dos correos más de recordatorio y no volvieron a contestar.	Correo electrónico
CAFEMIN	Organización no Gubernamental	16 de febrero de 2024	Nunca respondió a comunicación	<u>Dos intentos.</u> Se envió inicialmente un correo electrónico y no hubo respuesta. Se solicitó a una persona conocida el teléfono de atención y no se obtuvo respuesta	
IPAS LAC	Organización no Gubernamental	16 de abril de 2024	Nunca respondió a comunicación	<u>Tres intentos.</u> Se envió correo a dos direcciones distintas, pero no se obtuvo ninguna respuesta. Además, se hizo contacto a través de la página oficial de la organización.	
Médicos Sin Fronteras México	Organización no Gubernamental	15 de abril de 2024	Nunca respondió a comunicación	<u>Dos intentos.</u> Se envió correo electrónico y se envió mensaje directo en la página web oficial.	
Comité Internacional de la Cruz Roja	Organización no Gubernamental	15 de abril de 2024	Respondió a cuestionario	<u>Un intento.</u> Se envió correo electrónico.	Correo electrónico.
Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)	Organización no Gubernamental	17 de abril de 2024	Nunca respondió a ninguna comunicación	<u>Tres intentos.</u> El primer contacto se estableció a través de correo electrónico. El segundo intento se hizo mediante mensaje directo en redes sociales oficiales y el tercer intento se hizo por llamada telefónica.	
Clínica Condesa	Centro de salud pública	17 de abril de 2024	Nunca respondió a comunicación	<u>Tres intentos.</u> Se hizo contacto en tres ocasiones por llamada telefónica pero nunca	

				<p>atendieron.</p> <p>Se visitó la sucursal Condesa, pero argumentaron que no había personal disponible para responder cuestionario.</p>	
Instituto Nacional de Salud Pública	Institución gubernamental	09 de abril de 2024	<p>Contestaron correo y el contacto copió a personal con el que colabora.</p> <p>Contestó otro doctor, pero comenta que no ha hecho trabajo de campo en CDMX y tampoco conoce organizaciones que tengan contacto directo. No ve pertinencia de contestar cuestionario porque el INSP es centro de investigación y no de atención.</p>	<p><u>Tres intentos.</u></p> <p>Se envió el correo a tres personas distintas con diferentes cargos dentro del Instituto, pero todas argumentaron lo mismo.</p>	Correo electrónico.
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Institución gubernamental	09 de abril de 2024	Respondieron comunicación por correo electrónico, se sugirió una cita presencial para entrevista y se solicitó respuesta a la cuestionario, sin embargo, nunca respondieron	<p><u>Tres intentos.</u></p> <p>Se hizo contacto con tres personas de diferentes áreas dentro de la Institución. Solamente dos contestaron correo y únicamente una persona accedió a responder cuestionario. Al momento de intentar concretar cita, dejó de contestar a la comunicación.</p>	Correo electrónico y llamada telefónica.
Servicio Jesuita a Refugiados	Organización internacional religiosa	24 de abril de 2024	Respondió a cuestionario	<p><u>Tres intentos.</u></p> <p>Se hizo contacto con la Directora vía telefónica. Accedió a participar, pero dejó de responder cuando se envió correo con el cuestionario. Se envió mensaje directo a las redes sociales oficiales y se envió correo electrónico.</p>	Mensaje directo en redes sociales oficiales.
Cáritas CDMX	Organización religiosa	21 de febrero de 2024	Nunca respondió a comunicación	<p><u>Un intento.</u></p> <p>Se envió correo electrónico.</p>	
Scalabrinianas Misión con Migrantes y Refugiados	Organización religiosa	21 de febrero de 2024	Nunca respondió a comunicación	<p><u>Un intento.</u></p> <p>Se envió correo electrónico.</p>	
Programa de Asuntos Migratorios de la Universidad	Institución académica	15 de abril de 2024	Se estableció contacto con una persona del PRAMI. A su vez, ella envía sugerencias de	<p><u>Dos intentos.</u></p> <p>El primer intento fue por correo electrónico a una persona del campus Tijuana, quién indicó el</p>	Correo electrónico y mensaje de texto a celular personal.

Iberoamericana			organizaciones que podrían contactarse en CDMX.	correo para contactar a la persona del PRAMI en CDMX. El segundo intento fue un correo dirigido a dicha persona.	
Persona 1¹	Acompañante y defensora independiente	17 de abril de 2024	Respondió a cuestionario	<u>Un intento.</u> Se envió mensaje directo a celular personal.	Mensaje directo.
	Total	29			

¹ La persona contactada proporcionó su nombre en el cuestionario, sin embargo, solicitó que no sea divulgado por cuestiones de seguridad propia, debido a la labor de acompañamiento que lleva a cabo con mujeres migrantes y sin el respaldo de ningún partido político, asociación, organización e institución. Debido a la labor que hace, considera que su seguridad e integridad están en constante riesgo, por lo que prefirió no revelar su identidad.

Anexo 2. Ejemplo de correo electrónico de invitación a participar en el estudio



Anexo 3. Cuestionario

28/10/24, 8:08 p.m.

Cuestionario sobre oferta de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) para mujeres centroamericanas en movilidad en México

Cuestionario sobre oferta de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) para mujeres centroamericanas en movilidad en México

Este es un breve cuestionario para conocer qué tipo de servicios de salud sexual y reproductiva se ofrece a las mujeres migrantes en México.

* Indicates required question

1. Email *

2. Nombre de la organización de adscripción *

3. Cargo dentro de la organización *

4. ¿La organización brinda algún tipo de atención a la salud de mujeres migrantes internacionales en México? *

Mark only one oval.

Sí

No

5. ¿Cuál de los siguientes servicios de salud sexual y reproductiva se ofrece dentro de la organización a mujeres en movilidad internacional? *

Please select all that apply

Check all that apply.

	Información	Atención directa	Canalización	Acompañamiento	Otro
Productos de higiene menstrual	<input type="checkbox"/>				
Preservativo (condón)	<input type="checkbox"/>				
Métodos anticonceptivos femeninos	<input type="checkbox"/>				
Anticoncepción de emergencia	<input type="checkbox"/>				
Prueba de embarazo	<input type="checkbox"/>				
Interrupción del embarazo	<input type="checkbox"/>				
Atención prenatal	<input type="checkbox"/>				
Atención del parto	<input type="checkbox"/>				
Atención postparto	<input type="checkbox"/>				
Atención por violencia sexual	<input type="checkbox"/>				
Atención o canalización por ITS	<input type="checkbox"/>				
Atención o canalización por VIH	<input type="checkbox"/>				
Atención a la salud mental	<input type="checkbox"/>				

6. ¿Pueden ustedes canalizar la atención a la salud de las mujeres migrantes a servicios públicos o privados? Seleccione qué nivel de atención y el tipo de servicio. *

Check all that apply.

	Público	Privado
Primer nivel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segundo nivel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tercer nivel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. En caso de que la respuesta sea "sí" (para servicios de salud pública), ¿cuál es la razón? *

Mark only one oval.

- Porque existe un convenio interinstitucional
- Porque hay programas de voluntariado
- Contamos con personal especializado para estos casos
- Other: _____

8. En caso de que la respuesta sea "no" (para servicios de salud pública), ¿cuál es la razón? *

Mark only one oval.

- No existen convenios interinstitucionales
- Falta de personal que realice esta tarea
- No contamos con personal especializado para estos casos
- Piden documentación oficial (INE)
- Porque las discriminan por cuestión de género
- Porque las discriminan por nacionalidad
- Porque las discriminan por raza
- Other: _____

9. ¿Hay un seguimiento médico a las mujeres que son canalizadas o a quienes se les ofrece un servicio de SSR? *

Mark only one oval.

- Siempre
 A veces
 Nunca

10. Dentro de la organización, ¿se tiene conocimiento sobre lo que es el Plan Integral de Atención a la Salud Migrante (PIASM)? *

Mark only one oval.

- Sí
 No
 Parcialmente

11. ¿Dentro de la organización se tiene conocimiento de la legislación en materia del derecho al acceso a servicios de salud para las personas (mujeres) migrantes internacionales? *

Mark only one oval.

- Sí
 No
 Conocimiento relativo

12. ¿Existe alguna autoridad gubernamental que provea a la organización con visitas/capacitaciones para monitorear el nivel y calidad de atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes internacionales? *

Mark only one oval.

- Sí
 No

13. Describa brevemente cuáles son las barreras a las que consideran que se enfrentan las mujeres migrantes internacionales para tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en su tránsito o asentamiento en México.

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

Anexo 4. Cuadro de referencia para elaboración de cuestionario. Tomado del estudio elaborado por Larrea-Schiavon y colaboradoras, 2021.

Tabla 1. Porcentaje de organizaciones que ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva, por tipo de servicio ofertado. Ciudad de México, 2020

	Difusión de información	Consejería	Atención directa	Canalización y referencia	Acompañamiento
 Métodos anticonceptivos n (%)	8 (57)	4 (29)	3 (21)	10 (71)	1 (7)
 Infecciones de transmisión sexual n (%)	6 (43)	5 (36)	2 (14)	11 (79)	2 (14)
 Anticoncepción de emergencia n (%)	4 (29)	5 (36)	3 (21)	10 (71)	1 (7)
 Pruebas de embarazo n (%)	4 (29)	4 (29)	2 (14)	11 (79)	6 (43)
 Interrupción del embarazo n (%)	6 (43)	7 (50)	3 (21)*	11 (79)	5 (36)
 Atención prenatal n (%)	3 (21)	5 (36)	2 (14)	11 (79)	5 (36)
 Atención del parto n (%)	2 (14)	5 (36)	1 (7)	12 (86)	6 (43)
 Atención del postparto n (%)	3 (21)	4 (29)	2 (14)	11 (79)	4 (29)
 Salud menstrual n (%)	6 (43)	5 (36)	2 (14)	9 (64)	3 (21)
 Atención a sobrevivientes de violencia sexual n (%)	10 (71)	10 (71)	9 (64)	12 (86)	9 (64)