



NECESIDADES Y BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD, Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES Y ADOLESCENTES SALVADOREÑAS Y HONDUREÑAS EN DESPLAZAMIENTO

Informe final del análisis de la encuesta ReGHID/OIM, y de las mesas de discusión con personal operativo y directivo de organizaciones centroamericanas sostenidas en Honduras y El Salvador

Elaboró:

(Rueda-Salazar, Sarahí; Channon, Amos; Garnelo-Bibiano, Nicéforo; Riggiozzi, Pía (2023) "Encuesta ReGHID: Necesidades y barreras de acceso a la salud, y salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes centroamericanas durante el desplazamiento. Honduras". Reporte final de resultados. Organización Internacional para las Migraciones y Universidad de Southampton.

NECESIDADES Y BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD, Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES Y ADOLESCENTES SALVADOREÑAS Y HONDUREÑAS EN DESPLAZAMIENTO

Informe final del análisis de la encuesta ReGHID/OIM, y de las mesas de discusión con personal operativo y directivo de organizaciones centroamericanas sostenidas en Honduras y El Salvador

Abril de 2023

ENCUESTA REALIZADA POR

Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y la Universidad de Southampton, como parte del proyecto “Redressing Gendered Health Inequalities of Displaced Women and Girls in Contexts of Protracted Crisis in Central and South America” (ReGHID)

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigadora Principal

Prof. Pía Riggiozzi

Investigadora Principal (IP) del proyecto “Redressing Gendered Health Inequalities of Displaced Women and Girls in Contexts of Protracted Crisis in Central and South America” (ReGHID)
Profesora del Departamento de Políticas Globales, Universidad de Southampton, Reino Unido

Nicola Graviano

Jefe de Misión – Organización Internacional para las Migraciones

M.Sc Andrea Rivera Ayala

National Project Officer - Organización Internacional para las Migraciones

INVESTIGADORES

Prof. Andrew Amos Channon

Coinvestigador del proyecto ReGHID, Coordinación del estudio cuantitativo para Centroamérica
Profesor de Salud Global y Demografía, Departamento de Estadísticas Sociales y Demografía, Universidad de Southampton, Reino Unido

Dra. Sarahí Rueda-Salazar

Investigadora del Departamento de Estadísticas Sociales y Demografía, Universidad de Southampton, Reino Unido

Coordinación del estudio cuantitativo en Honduras y El Salvador, diseño del protocolo de implementación y materiales de aplicación de la encuesta en ambos países, coordinación y asistencia técnica en campo, capacitación a entrevistadoras, análisis de datos y redacción de la infografía.

Nicéforo Garnelo Bibiano, M. en C.

Consultor- Organización Internacional para las Migraciones-Triángulo Norte (OIM)

Digitalización del cuestionario ReGHID en versión digital en Kobo, capacitación en Kobo tool, análisis de datos y redacción de la infografía.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Lic. Liz Flores

Coordinación de trabajo en campo en Honduras (OIM/Honduras)

Guadalupe Grimaldi

Coordinación de trabajo en campo en El Salvador (OIM/El Salvador)

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

ROD Studio

CORRECCIÓN DE ESTILO

Lic. Hana Sztarkman Aráuz

DIAGRAMACIÓN DE LA INFOGRAFÍA

Lic. Sonia Lagos, OIM/Honduras

AGRADECIMIENTOS

A todas las mujeres migrantes retornadas encuestadas que nos prestaron de su tiempo para recoger sus experiencias durante el desplazamiento.

A los coordinadores de los centros de recepción, quienes apoyaron la implementación de la encuesta,

Centros de recepción: CAMR La Lima, CAMR Omoa, CAMR Belén.

A todas las personas que contribuyeron a la realización de esta encuesta y que hicieron posible su implementación en tiempos de pandemia.

AVISO LEGAL

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

FINANCIAMIENTO

El contenido de este material ha sido elaborado por la Dra. Sarahí Rueda-Salazar en nombre del proyecto ReGHID en colaboración con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Este trabajo ha contado con el apoyo del Consejo de Investigación Económica y Social (ESRC) [Número de subvención ES/T00441X/1].

CITA SUGERIDA

Para las infografías e informe final:

Rueda-Salazar, Sarahí; Channon, Amos; Garnelo-Bibiano, Nicéforo; Riggiozzi, Pía-Pl-. (2022). "Resultados de la Encuesta ReGHID sobre las condiciones de salud sexual y reproductiva de las mujeres y adolescentes hondureñas/salvadoreñas en desplazamiento". Infografía/Informe final de resultados. Organización Internacional para las Migraciones y Universidad de Southampton.

CONTENIDO

Índice de tablas	6
Índice de figuras	7
Resumen	8
Glosario de acrónimos/siglas y términos utilizados en el Informe	10
Acrónimos/siglas	10
Términos principales	11
Introducción	12
Antecedentes	12
Justificación y foco analítico del estudio	12
Objetivos específicos	13
Metodología	14
El proyecto ReGHID	14
El cuestionario ReGHID en el corredor centroamericano	14
Implementación de la encuesta	16
Etapas de prueba y pilotaje	16
Levantamiento de datos primarios	17
Análisis de los datos	17
Objetivos de las mesas de discusión	18
Resultados de Honduras	20
Caracterización de mujeres migrantes en tránsito	20
Perfil sociodemográfico	20
Características de la jornada migratoria	23
Higiene menstrual	26
Historia reproductiva	31
Uso de servicios de salud	33
Autopercepción sobre el estado de salud	37
Situación en albergues y centros de detención	39
Discriminación y violencia experimentadas durante el tránsito	45
Resultados de El Salvador	51
Perfil sociodemográfico	51
Características de la jornada migratoria	51
Higiene menstrual	54

Historia reproductiva	56
Discriminación y violencia experimentadas durante el tránsito	57
Autopercepción sobre el estado de salud	58
Situación en albergues y centros de detención	61
Hallazgos de las mesas de discusión en Honduras y El Salvador	63
Caracterización de participantes	63
Contribuciones principales	64
Resumen de los principales hallazgos	70
Recomendaciones generales	72
Línea 1. Generar rutinariamente datos, información y evidencia sobre el fenómeno migratorio y sus implicaciones	72
Línea 2. Dar visibilidad y atención a las principales problemáticas asociadas con el fenómeno migratorio, así como a los grupos más vulnerables identificados en la encuesta ReGHID	73
Línea 3. Fomentar una vinculación más estrecha entre la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), y colocar la temática migratoria en los primeros niveles de prioridad dentro de la agenda regional	75
Conclusiones	76
Referencias bibliográficas	77
Anexos	80
Anexo 1. Indicadores de muestra pequeña para Honduras	80
Anexo 2. Limpieza de datos de la encuesta ReGHID	82
Anexo 3. Carta metodológica de Honduras	84
Anexo 4. Carta metodológica El Salvador	87
Anexo 5. Extractos de la matriz de captura utilizada en Honduras	90
Índice de tablas	
Tabla 1. Perfil sociodemográfico de la muestra de mujeres retornadas entrevistadas	20
Tabla 2. Caracterización de la jornada migratoria	23
Tabla 3. Presencia del período menstrual durante la jornada migratoria	27
Tabla 4. Productos de higiene femenina utilizados durante la jornada migratoria, y satisfacción con su uso	29
Tabla 5. Indicadores de la historia reproductiva de las migrantes entrevistadas	32

Tabla 6. Necesidades de atención en salud durante la jornada migratoria	34
Tabla 7. Afectaciones del proceso migratorio (actual o previos) al estado de salud autopercebido y anímico de las entrevistadas	38
Tabla 8. Características de la estadía en albergues	40
Tabla 9. Características de la estadía en centros de detención	43
Tabla 10. Percepción de discriminación y sus implicaciones durante la jornada migratoria	46
Tabla 11. Informe de violencia y sus consecuencias	49
Tabla 12. Perfil sociodemográfico de migrantes retornadas salvadoreñas	51
Tabla 13. Perfil migratorio de migrantes retornadas salvadoreñas	53
Tabla 14. Salud menstrual	54
Tabla 15. Historia reproductiva	56
Tabla 16. Discriminación y violencia	57
Tabla 17. Impacto de la jornada migratoria en el estado de salud general y mental	58
Tabla 18. Necesidades, búsqueda y acceso a servicios de atención en salud	60
Tabla 19. Estadía en albergues	61
Tabla 20. Estadía en centros de detención	62

Índice de figuras

Figura 1. Medios de transporte utilizados durante la jornada migratoria	24
Figura 2. Razones para salir de su país de origen	25
Figura 3. Búsqueda de información sobre diversos tópicos antes de la jornada migratoria	25
Figura 4. Satisfacción de necesidades básicas relacionadas con la higiene menstrual durante la jornada migratoria	30
Figura 5. Necesidades de atención en salud reportadas por las entrevistadas	35
Figura 6. Estado de salud autopercebido reportado por migrantes encuestadas	37
Figura 7. Razones para hospedarse en albergues durante la jornada migratoria	41
Figura 8. Necesidades de salud, higiene menstrual y cuidado del bebé durante estancia en albergue	41
Figura 9. Necesidades de salud, salud sexual y reproductiva, higiene menstrual y cuidado del bebé durante estancia en centro de detención	44
Figura 10. Razón de discriminación percibida por las encuestadas	46
Figura 11. País donde las entrevistadas declararon haber percibido discriminación	47
Figura 12. Aspectos diversos de la experiencia de violencia durante la jornada migratoria	49



RESUMEN

Las mujeres adolescentes y adultas son especialmente vulnerables a los riesgos ocasionados por las situaciones de desplazamiento. A pesar de que el tema es relevante para el contexto centroamericano, pues la región es uno de los puntos de partida para la movilidad a través del corredor migratorio México-Estados Unidos de Norteamérica, la relación entre desplazamiento y vulnerabilidades relacionadas con la salud necesita ser entendida mejor. El presente informe se enfoca en las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva (SSR) y brinda nuevos datos y recomendaciones para responder de manera efectiva a estas necesidades en este grupo de personas en movimiento.

El documento se dirige a tomadores de decisiones dentro de las organizaciones encargadas de realizar actividades de investigación, planificación e instrumentación de políticas migratorias de impacto local y regional. Con especial énfasis, el documento pretende ser de máxima utilidad al interior del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), en su condición de actores centrales en la conformación de las condiciones para atender el fenómeno migratorio.

La información y recomendaciones presentadas en este documento provienen del análisis de datos de la Encuesta sobre necesidades y barreras de acceso a la salud, y salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes centroamericanas durante el desplazamiento, aplicada en el marco del proyecto Redressing Gendered Health Inequalities of Displaced Women and Girls (ReGHID), conducido por la Universidad de Southampton en consorcio interdisciplinario con la OIM.

Los resultados de la encuesta ReGHID se presentan categorizados por temática principal:

1. Perfil sociodemográfico
2. Características del ciclo migratorio
3. Salud e higiene menstrual
4. Historia reproductiva
5. Necesidades y uso de servicios de salud
6. Estado de salud autopercebido
7. Características de la estancia en albergues y centros de detención
8. Exposición a discriminación y violencia durante el tránsito

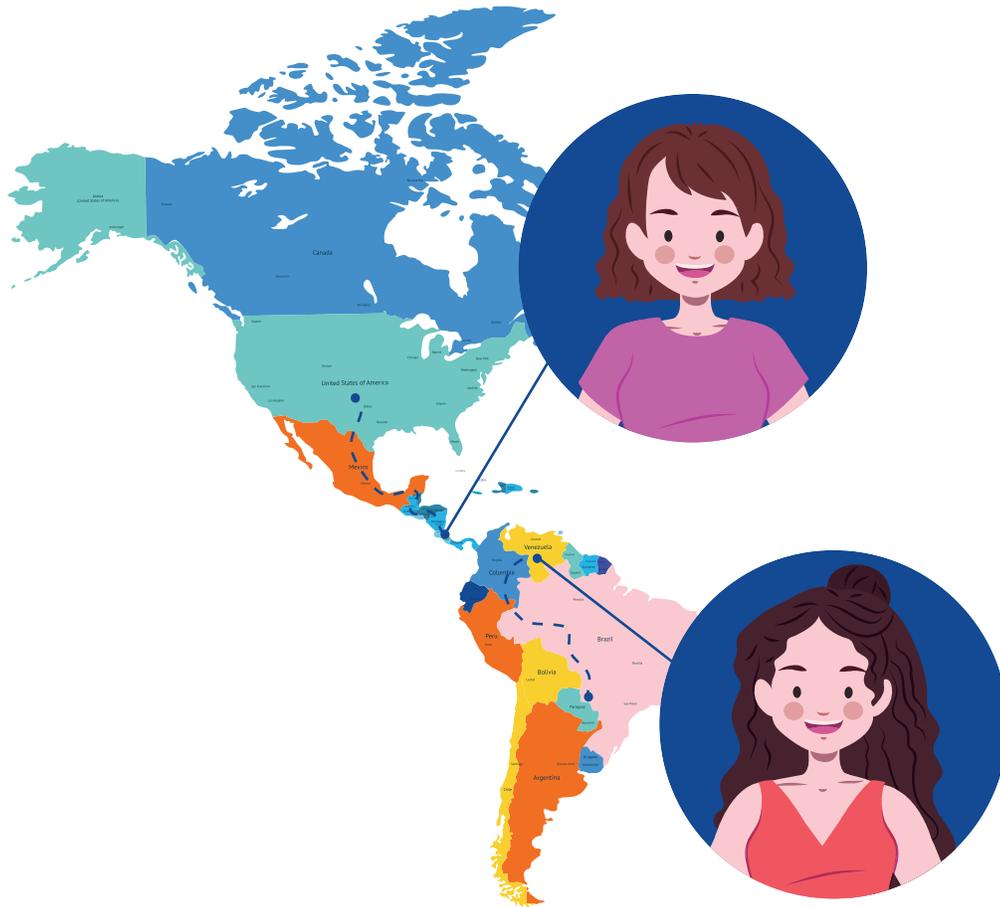
A su vez, las recomendaciones se organizan en tres líneas de trabajo:

1. Generación rutinaria de datos, información y evidencia sobre el fenómeno migratorio y sus implicaciones para la región centroamericana.
2. Dar visibilidad y atención a las principales problemáticas asociadas con el fenómeno migratorio, así como a los grupos más vulnerables identificados en la encuesta ReGHID.
3. Fomentar una vinculación más estrecha entre la OIM y el SICA, y colocar la temática migratoria en los primeros niveles de prioridad dentro de la agenda regional.

Estas líneas fueron identificadas luego del análisis y sistematización de las contribuciones hechas por actores clave de organizaciones que trabajan con poblaciones móviles en la región, ante quienes fueron presentados los resultados de la encuesta ReGHID en dos mesas de discusión, ocurridas en Honduras y El Salvador a finales del año 2022. Durante estas rondas de trabajo, se esbozaron posibles mecanismos de incorporación de este conocimiento al proceso de formación de políticas para atender las implicaciones del fenómeno migratorio en la región centroamericana.

En el núcleo del trabajo del proyecto ReGHID se encuentra el enfoque de salud pública basada en derechos como una forma de afirmar su indivisibilidad, así como la comprensión de los niveles de responsabilidad y rendición de cuentas de los actores estatales y no estatales encargados de su garantía. Asimismo, forma parte del núcleo evaluar las políticas de salud instrumentadas para la protección de mujeres adolescentes y adultas desplazadas en Brasil, Colombia, El Salvador, Honduras y México. Por ello, el proyecto busca comprender mejor cómo las mujeres desplazadas experimentan la presencia o ausencia de sus derechos, así como la evaluación de sus propias perspectivas del derecho.

El proyecto ReGHID también propone un marco conceptual basado en derechos, que descansa en la noción de equidad en el desarrollo como resultado de la relación entre las titulares de derechos (mujeres y niñas en situación de desplazamiento) y los garantes de deberes (gobiernos a diferentes niveles, instituciones del sistema de salud, comunidades, organizaciones de ayuda, e individuos), que están legalmente obligados a respetar, proteger y cumplir los derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales



y reproductivos de poblaciones vulnerables. Así también, a contribuir a la reducción de las desigualdades en salud y los ciclos de privación y exclusión.

Según la Comisión Guttmacher-Lancet (Starrs *et al.*, 2018), los derechos de salud sexual y reproductiva comprenden el derecho a la anticoncepción para prevenir un embarazo no deseado; a la atención a personas que experimentan un embarazo no deseado; la provisión de atención prenatal, parto y postnatal para aquellas que llevan un embarazo a término; información y servicios para la prevención y el manejo del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y la prevención y el manejo de la violencia sexual y de género. Desde el

proyecto ReGHID se concuerda en que abordar estos derechos de género específicos es esencial para construir un bienestar sostenible, la integración a la sociedad y los medios de subsistencia de las mujeres y niñas desplazadas.

Así, este estudio contribuirá a conformar una base de evidencia más fuerte y fundamentada empíricamente para el diseño de políticas de salud que integren las necesidades y derechos sexuales y reproductivos de mujeres y adolescentes pertenecientes a comunidades de migrantes, para planificar medidas efectivas en la reducción de desigualdades sociales y promover la equidad en el diseño y la prestación de servicios de atención en salud sexual y reproductiva.



GLOSARIO DE ACRÓNIMOS/SIGLAS Y TÉRMINOS UTILIZADOS EN EL INFORME

ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AHS	Asociación de Hermanas Scalabrinianas
CAMR	Centro de Atención al Migrante Retornado
CECC	Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
CIR	Comité Internacional de Rescate
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
COMMCA	Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica
CNR	Comité Noruego de Rescate
CVG	<i>Cure Violence Global</i>
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FONAMIH	Foro Nacional para las Migraciones en Honduras
INM	Instituto Nacional de Migración
MSF	Médicos Sin Fronteras
NIA	Necesidad insatisfecha de método anticonceptivos
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ReGHID	Redressing Gendered Health Inequalities and Disparities, proyecto de la Universidad de Southampton (Reino Unido)
SE-COMISCA	Secretaría Ejecutiva del COMISCA
SG-SICA	Secretaría General del SICA
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
ST-COMMCA	Secretaría Técnica del COMMCA
UNFPA	Fondo de Población Para las Naciones Unidas

Términos principales

Migrante es “(...) toda persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones” (Organización Internacional para las Migraciones, 2019). Adicionalmente, un conjunto de personas incluidas identificadas como migrantes se denominan también población móvil en este documento.

Migración irregular, de acuerdo con el Glosario de migración preparado por la OIM, es el “movimiento de personas que se produce al margen de las leyes, las normas o los acuerdos internacionales que rigen la entrada o la salida del país de origen, de tránsito o de destino” (Organización Internacional para las Migraciones, 2019).

Ciclo migratorio (usado como sinónimo de **jornada migratoria y episodio migratorio** en este documento) es un proceso compuesto por las “etapas (...) que comprenden la partida, en algunos casos el tránsito a través de uno o varios países, la inmigración en el país de destino y el retorno” (Organización Internacional para las Migraciones, 2019).

Tránsito es una “parada de duración variable durante un viaje entre dos o más países” (Organización Internacional para las Migraciones, 2019).

Desplazamiento es el “Movimiento de personas que se han visto forzadas u obligadas a escapar o huir de su hogar o de su lugar de residencia habitual, en particular como resultado de los efectos de un conflicto armado, de situaciones de violencia generalizada, de violaciones de los derechos humanos o de catástrofes naturales o provocadas por el ser humano, o bien para evitar dichos efectos” (Organización Internacional para las Migraciones, 2019).

País de tránsito es el “país por el que pasa una persona o grupo de personas, en cualquier viaje hacia el país de destino, o bien desde el país de destino hacia el país de origen o de residencia habitual” (Organización Internacional para las Migraciones, 2019).

País de acogida, en el contexto de la migración, es el país de destino, el “que corresponde al destino de una persona o de un grupo de personas, independientemente de si migran de forma regular o irregular” (Organización Internacional para las Migraciones, 2019).

Retorno es el “(...) acto o proceso por el que una persona vuelve o es llevada de vuelta a su punto de partida. El retorno puede producirse (...) entre un país de destino o de tránsito y un país de origen, como en el caso de los trabajadores migrantes, los refugiados o los solicitantes de asilo” (Organización Internacional para las Migraciones, 2019).

Necesidad de atención en salud es la capacidad individual para beneficiarse de una intervención cuya eficacia ha sido comprobada en individuos de características similares. Una necesidad de atención en salud puede clasificarse como normativa, percibida, expresada y comparativa (Cabieses y Bird, 2014).

Barrera de acceso es aquel factor o factores que impiden dar paso a la satisfacción de una necesidad de atención en salud (Cabieses y Bird, 2014).

Mujer en edad reproductiva es la mujer que se encuentra entre los 15 y los 49 años de edad (World Health Organization, 2023).

Salud transfronteriza es un “término amplio que se refiere a los mercados de atención de la salud, los entornos reguladores, las disposiciones legislativas sobre la salud, los factores medioambientales y los comportamientos individuales y de los beneficiarios de servicios de atención de la salud (en materia de riesgo y protección) que determinan la salud de los migrantes y otros grupos de población asentados en una región en la que se entrecruzan los límites geopolíticos de dos o más países” (Organización Internacional para las Migraciones, 2019).



INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Según el Informe sobre las Migraciones en el Mundo, en el año 2020 existían 281 millones de personas migrantes a nivel global, equivalentes al 3.6 % de la población. La India y México fueron identificados como los dos principales países emisores de migrantes, con unos 18 y 11 millones, respectivamente. El corredor que va de México a Estados Unidos, sin embargo, es el más grande del mundo, seguido del formado entre Siria-Turquía e India-Emiratos Árabes Unidos (McAuliffe y Triandafyllidou, 2021).

Dentro de la región centroamericana, cuya población transita intensivamente por el corredor México-Estados Unidos (Anguiano-Téllez y Villafuerte-Solís, 2016), los principales factores condicionantes para la migración a través del tiempo han sido la búsqueda de trabajo, los bajos ingresos y la reunificación con familiares. Adicionalmente, la movilidad de personas ha sido potenciada por la degradación de las condiciones de vida en la región —cuya consecuencia más dramática es la violencia— y, para dos de los principales países emisores de migrantes (Honduras y El Salvador), esto no es la excepción (Bojorquez-Chapela *et al.*, 2020).

La dinámica migratoria histórica y otros factores recientes como la pandemia de COVID-19, o de más larga progresión como el cambio climático, así como el endurecimiento de los controles migratorios en la frontera sur y norte de México, constituyen el contexto en el que se desarrolla este complejo fenómeno (Casillas-R., 2020; Hernández Suárez, 2019; McAuliffe y Triandafyllidou, 2021), que resulta especialmente pernicioso para mujeres y niñas migrantes quienes, con frecuencia, huyen de condiciones de conflictos relacionados con pandillas, violencia de género, pobreza y otras situaciones de extrema desventaja (Cook Heffron, 2019).

El estudio de las barreras y riesgos que enfrentan las personas migrantes en tránsito hacia los Estados Unidos ha sido abordado anteriormente por diversos autores, quienes han hecho contribuciones fundamentales para su comprensión. Sobresalen, por ejemplo, los hallazgos sobre la seguridad de diversas rutas migratorias (Bojorquez-Chapela *et al.*, 2020); la modalidad de transporte más socorrida (Bojorquez-Chapela *et al.*, 2020); la violencia experimentada durante el tránsito (Leyva-Flores *et al.*, 2019; Servan-Mori *et al.*, 2014); sus condiciones de salud (Bronfman *et al.*, 2002); la presencia

de redes de explotación sexual (Andrade Rubio *et al.*, 2021; McAuliffe y Triandafyllidou, 2021); o su estado de salud al retorno al país de origen, así como el impacto de la migración al interior del núcleo familiar (Miranda *et al.*, *s/f*).

Sin embargo, la evidencia es escasa cuando se pone el foco analítico sobre los riesgos, necesidades insatisfechas (por ejemplo, seguridad, salud, resguardo) y barreras de acceso a servicios por mujeres y niñas migrantes (de quienes es natural asumir se encuentran mayormente expuestas a su ocurrencia, dado el incremento de la incidencia de migración femenina hacia México y Estados Unidos [Donato, 2010]), la relegación secular de su importancia como titulares de derechos (que deriva en el binomio negligencia-violencia en diversos ámbitos), así como la ilegitimidad con que la migración irregular es percibida por sectores fundamentalistas en las sociedades de acogida, azuzados por la retórica tremendista sobre su impacto (Massey y Pren, 2012; Peña, 2017).

Justificación y foco analítico del estudio

Así pues, para complementar el corpus de evidencia disponible, en el presente estudio se propuso, primero, la caracterización de las necesidades y barreras de acceso a la atención en salud, con énfasis en las de salud sexual y salud reproductiva (SSR), de mujeres migrantes hondureñas en tránsito. Una vez identificadas, el análisis se centró en los mecanismos de incorporación de este conocimiento al proceso de formación de políticas para atender las implicaciones del fenómeno migratorio en la región centroamericana. Este segundo componente se aborda desde una premisa de trabajo central: durante el tránsito hacia el país de destino, las migrantes experimentan necesidades insatisfechas de atención a la salud y SSR que llevan de vuelta a sus comunidades de retorno, donde los sistemas locales difícilmente pueden darles solución. El presente estudio no aborda las consecuencias del bucle de retroalimentación formado como producto de estas necesidades insatisfechas y las carencias del Estado para solventarlas, pero intenta establecer una serie de recomendaciones para identificarlas oportunamente y modificar la respuesta institucional para atenderlas.

Los dos componentes del estudio se nutren de la definición operativa de salud sexual propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que literalmente menciona que: “[...] es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad,

disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales” (Organización Mundial de la Salud, 2018). En el engarce entre salud sexual y salud reproductiva, surge la salud sexual y reproductiva (SSR), que prioriza la atención integral de necesidades a lo largo del ciclo de vida reproductiva de las mujeres, en consonancia con el entorno en que dichas necesidades se presentan, caracterizado este ciclo, a su vez, por las desigualdades y asimetrías de género, normas socioculturales vigentes, así como por las políticas para fomentar la protección y el goce de los derechos reproductivos de las mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En última instancia, el objetivo general del estudio es la introducción de evidencia para avanzar en la actualización/robustecimiento del entorno de políticas para atender la salud y SSR de mujeres migrantes centroamericanas en tránsito, desarrollar propuestas de promoción de la salud, producir nuevo conocimiento sobre el fenómeno, así como propiciar mejoras en la oferta de servicios locales para su atención.

El presente documento está dirigido a tomadores de decisiones dentro de las organizaciones encargadas de realizar actividades de investigación y planificar/instrumentar políticas

migratorias de impacto local y regional. Con especial énfasis, el documento pretende ser de máxima utilidad al interior del SICA y la OIM, en su condición de actores centrales en la conformación de condiciones para atender el fenómeno migratorio, y cuya necesidad de articulación fue el leitmotiv en el segundo componente del estudio.

Objetivos específicos

Para cumplir con su objetivo general, este estudio tiene los siguientes objetivos específicos:

1. Caracterizar el perfil sociodemográfico, así como las necesidades, barreras y facilitadores para el acceso a servicios de salud y SSR de mujeres migrantes hondureñas en tránsito, de acuerdo con el análisis de datos primarios de la encuesta ReGHID.
2. Establecer las interrelaciones entre las necesidades, barreras, facilitadores y políticas para la atención de mujeres migrantes hondureñas, detectadas en el análisis de datos primarios de la encuesta ReGHID y en sesiones de trabajo con actores y grupos de interés clave de Honduras y El Salvador.
3. Elaborar recomendaciones para minimizar la exposición a riesgos en salud y SSR de mujeres migrantes centroamericanas, con base en los hallazgos de los dos objetivos anteriores.



METODOLOGÍA

El proyecto ReGHID

El proyecto “Redressing Gendered Health Inequalities of Displaced Women and Girls” (ReGHID), en consorcio interdisciplinario con la OIM, tiene el objetivo general de producir información basal sobre las necesidades y barreras en SSR de mujeres en edad reproductiva en situaciones de desplazamiento forzado y prolongado en Centro y Sudamérica. Con la evidencia generada, se busca apuntalar la formulación de políticas que garanticen el acceso a servicios de SSR durante la jornada migratoria, con miras al establecimiento de sistemas de salud resolutivos e inclusivos cuya práctica sea normada por un enfoque basado en derechos.

El proyecto ReGHID aborda el estudio de las necesidades de SSR de mujeres y adolescentes migrantes desplazadas en dos corredores migratorios latinoamericanos: el corredor Sur-Sur, conformado por migrantes venezolanas y su tránsito hacia el norte de Brasil (Boa Vista, Roraima; Manaus, Amazonas) y Colombia; y el corredor centroamericano, conformado por mujeres y adolescentes del norte de Centroamérica en tránsito hacia México y los Estados Unidos.

El proyecto combina aproximaciones cuantitativas y cualitativas con miras a contribuir significativamente al estudio y la protección de la salud, así como a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos y la calidad en la prestación de servicios de salud durante el ciclo de desplazamiento:

- Encuestas en ambos corredores, que producen datos desglosados por edad y se enfocan en mujeres y niñas en edad reproductiva, incluyendo a las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años.
- Grupos focales y entrevistas en ambos corredores, para conocer las experiencias vividas en relación con el acceso a derechos sexuales y reproductivos, así como las estrategias ejecutadas para atender esas necesidades durante el tránsito y en lugares de asentamiento.
- Metodología de fotovoz para editar un libro fotográfico en coproducción con mujeres y adolescentes migrantes venezolanas en Brasil, que documentaron su visión sobre las barreras de acceso a la SSR, cuidados y protección. El trabajo ha sido ampliamente diseminado al presentarse ante responsables políticos en conferencias de proyectos, talleres, reuniones y eventos de capacitación.

- Documental basado en las historias de mujeres y adolescentes migrantes venezolanas que han huido de la crisis humanitaria hacia Brasil para reconstruir sus vidas y esperanzas mientras experimentan luchas cotidianas en lugares desconocidos y, a veces, adversos.

Adicionalmente se desarrolló la “Guía AGAPE”, que busca ser un documento de referencia para concientizar a la población sobre el amplio espectro de necesidades en SSR y, con ello, permitirle a la población articularlas en conjunto con sus derechos sexuales. Cada letra en el acrónimo AGAPE, encierra un objetivo particular:

- Ayudar a las mujeres y niñas desplazadas a identificar los desafíos de SSR durante el tránsito y en residencia (¿Qué/cuándo?).
- Guiar la identificación de servicios de atención necesarios (¿Cuál?).
- Afrontar barreras a la búsqueda y el acceso al apoyo y la atención médica (¿Dónde/cómo?).
- Proteger de daños y asegurar el logro de la SSR.
- Efectivizar la autonomía y las soluciones duraderas.

El cuestionario ReGHID en el corredor centroamericano

La herramienta fue desarrollada para el estudio de las características de mujeres migrantes hondureñas y salvadoreñas retornadas, y tiene los siguientes objetivos específicos: 1) estudiar, durante su proceso de desplazamiento, las necesidades de atención y condiciones de acceso a servicios de SSR de mujeres migrantes centroamericanas retornadas; 2) explorar cómo la SSR, el estado general de salud, las necesidades de atención y el acceso a servicios de migrantes centroamericanas difieren a lo largo del ciclo de desplazamiento; y 3) identificar vías en que la información generada por el proyecto puede ayudar a mejorar la provisión de servicios de salud para mujeres centroamericanas en desplazamiento, facilitar su acceso a servicios de SSR y robustecer las políticas públicas para su atención.

La herramienta se divide en doce módulos, los cuales exploran diversos tópicos en salud y SSR de interés para el proyecto:

1. **Identificación general.** En este módulo se exploran características demográficas como la edad, lugar de nacimiento, autoidentificación étnica, presencia de discapacidades y estado civil

2. **Antecedentes migratorios.** En este se exploran características de la migración como ser migrante de primera vez o recurrente, el número de intentos previos (en el caso de migrantes recurrentes), tiempo en tránsito, países transitados, medio(s) de transporte utilizado(s) durante el tránsito, contratación de pollero/coyote para cruzar fronteras, motivo(s) para emigrar, número de acompañantes (en caso de no haber viajado en solitario).
3. **Salud sexual y reproductiva.** Este, a su vez, se divide en los dos submódulos siguientes:
 - a. *Salud e higiene menstrual*, que explora la edad de inicio de la menstruación; ocurrencia del período menstrual durante el tránsito; producto de higiene menstrual utilizado durante el tránsito y manera habitual de adquirirlo; acceso a agua potable, jabón y/o privacidad durante el tránsito; dolor menstrual y formas de gestionarlo durante el tránsito.
 - b. *Sexualidad*, que explora la orientación sexual; edad de inicio de vida sexual; ocurrencia de relaciones sexuales durante el tránsito, si estas fueron consensuadas y persona con quien fueron sostenidas; uso de anticonceptivos durante las relaciones sexuales o motivo de no uso, así como la forma de acceder al anticonceptivo usado; métodos anticonceptivos utilizados antes del episodio migratorio más reciente.
4. **Historia reproductiva.** En este módulo se explora el historial de gestaciones que la persona ha tenido a lo largo de su vida reproductiva, especificando la cantidad de nacidos vivos, pérdidas (abortos espontáneos, inducidos) y mortinatos. Así también, se explora si alguno de estos eventos ocurrió durante migraciones previas o la más reciente.
5. **Cuidados prenatales durante el embarazo.** En este módulo se explora el acceso y las características de la atención prenatal del primer embarazo que se haya tenido en la migración más reciente. Por ejemplo: si la persona acudió en busca de atención prenatal durante el embarazo; tiempo de gestación al momento de buscar atención prenatal; intervenciones de salud recibidas durante la atención prenatal como ultrasonido, laboratorio clínico o provisión de ácido fólico; complicaciones durante el embarazo como preeclampsia, sangrado vaginal o diabetes gestacional; problemas para acceder a consultas prenatales durante el embarazo.
6. **Atención durante el parto y puerperio.** Este módulo se aboca también al primer embarazo ocurrido durante la migración más reciente. Los tópicos que cubre son el país de ocurrencia del parto; personal de salud que lo atendió; semanas de gestación al momento del parto; peso al nacer; tiempo de estancia intrahospitalaria; complicaciones durante el puerperio como sangrado, hipertensión, neumonía; posibles marcadores de violencia obstétrica y/o negligencia; barreras al acceso a cuidados posparto.
7. **Exposición a discriminación/violencia.** En este módulo se determina la violencia y discriminación experimentadas durante el tránsito al pedir que se autorreporten las razones de estos eventos, como el sexo, la edad, apariencia física; país o países donde ocurrieron; tipo de violencia experimentada (por ejemplo, verbal, física, sexual); identificación del perpetrador de la violencia/discriminación (por ejemplo, pareja, personas desconocidas, oficiales migratorios); lugar de ocurrencia del hecho violento/discriminatorio; consecuencias o secuelas que dejó el hecho violento/discriminatorio; búsqueda y tipo de ayuda recibida. El módulo explora con mayor detalle los casos reportados de violencia sexual, preguntando sobre el tipo, el lugar de ocurrencia, las consecuencias, así como la búsqueda y acceso a ayuda luego del evento experimentado.
8. **Comportamientos relacionados con el estilo de vida y que inciden en la salud.** En este módulo se pregunta básicamente sobre consumo de alcohol y tabaco antes y durante el tránsito.
9. **Necesidades y acceso al cuidado de la salud.** Este módulo explora qué necesidades de salud —si ocurrieron— fueron más prevalentes, así como el país donde fueron experimentadas y la posibilidad de ser atendidas. El módulo cierra preguntando si las necesidades de salud experimentadas fueron resueltas en el lugar donde fueron atendidas, y la evaluación del servicio recibido.
10. **Educación, trabajo e ingresos.** En este módulo se explora sobre alfabetización y escolaridad máxima; trabajo antes y durante la migración más reciente; envío/recepción de apoyo financiero a/por parte de familiares; posibilidad y forma de cubrir gastos diversos como alimentación, resguardo, transporte, gastos médicos, productos de higiene durante la migración más reciente.
11. **Autopercepción del estado de salud.** Se explora cuál es el estado percibido de salud que se tenía antes, durante y después del último episodio migratorio, así como el grado de afectación (positiva o negativa) de los episodios migratorios sobre su salud.

12. Estadía en albergues y centros de detención

- a. Sobre albergues/refugios/Casas del Migrante, este último módulo explora la estancia en algún refugio durante el tránsito; cantidad de refugios visitados; barreras para el acceso a refugios; razones para hospedarse en refugio(s); percepción de seguridad dentro de refugios; servicios requeridos, necesidades de salud y satisfacción de estas durante la estancia en refugios.
- b. Sobre los centros de detención, se exploró: cantidad de centros diferentes a los que fue enviada; percepción de seguridad dentro del centro de detención; necesidades de salud presentadas durante la estancia en centro de detención; satisfacción con el trato recibido durante su permanencia, y razones de insatisfacción.

El cuestionario se compuso a partir de otros instrumentos que han sido previamente validados y utilizados en contextos diversos. Para considerar la inclusión de una pregunta —o conjunto de preguntas—, se comenzó por verificar la concordancia de objetivos entre el proyecto ReGHID y el instrumento en cuestión, asegurando además que este último cubriese diversas dimensiones de SSR. De esta manera se utilizaron los siguientes cuestionarios, que sirvieron como banco de preguntas para la elaboración del cuestionario ReGHID:

- Encuestas de Demografía y Salud (en inglés, Demographic and Health Surveys):
 - » Encuesta Nacional de Salud Familiar. El Salvador, 1998.
 - » Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Honduras, 2011-2012.
 - » Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil. Guatemala, 2014-2015.
 - » Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID). México, 2018.
- Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (en inglés, Multiple Indicator Cluster Surveys):
 - » o El Salvador, 2014 y 2019.
 - » o Honduras, 2019.
- Encuestas sobre Migración en la Frontera Sur y Norte de México (EMIF), 1980-2020.
- Encuesta sobre Agresión y Abuso al Migrante. El Salvador, 2012.
- Encuesta sobre el Bienestar en la Niñez y Adolescencia. El Salvador, 2017.
- Encuesta de Violencia hacia las Mujeres:
 - » Honduras, 2014.
 - » El Salvador, 2017.

- Encuesta sobre Explotación, Violencia y Abuso al Migrante (Organización Internacional para las Migraciones, OIM), 2020.

Luego de identificar las preguntas potenciales dentro de los instrumentos enlistados, la pertinencia de su inclusión en el cuestionario ReGHID fue analizada en un proceso iterativo por investigadoras(es) de las universidades de Southampton y York en el Reino Unido, la fundación Oswaldo Cruz (Brasil) y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO, Honduras). Posteriormente, el cuestionario completo fue compartido con las oficinas para Honduras y El Salvador del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), así como de la OIM para recibir comentarios/ajustes/críticas sobre su estructura y las preguntas incluidas. El cuestionario fue también remitido para su evaluación a comités de ética de la Universidad de Southampton, así como a especialistas en salud sexual y reproductiva adscritos a UNFPA (Honduras y El Salvador) y FLACSO (El Salvador). Cabe decir que, durante este proceso, el fraseo de las preguntas en el cuestionario fue adaptado, según aplicara, al contexto centroamericano.

Este primer proceso de preparación del instrumento se cerró con una prueba de aplicación entre migrantes en tránsito por México durante diciembre de 2021 y con la ayuda de la fundación CHIMUMI.

Implementación de la encuesta

Esta fue ejecutada desde la OIM (oficinas de Honduras y El Salvador), con la coordinación técnica de la Universidad de Southampton. El operativo de campo se dividió en dos etapas: pilotaje y levantamiento formal de datos primarios.

Etapas de prueba y pilotaje

El operativo piloto se realizó en San Pedro Sula, Honduras, en el Centro de Atención al Migrante Retornado (CAMR) La Lima y en el CAMR Belén, durante marzo de 2022. El operativo permitió probar los instrumentos necesarios (cuestionario ReGHID, manuales operativos y manuales técnicos) previo al levantamiento formal de datos primarios en Honduras y El Salvador. La actividad también hizo posible el entrenamiento de los equipos de entrevistadoras, incluyendo la sensibilización en temas de migración, salud, apoyo psicoemocional y adquisición de herramientas para estabilizar a personas en situaciones de crisis. Se realizó una prueba de toda la logística del trabajo de campo mediante la aplicación de diez encuestas a mujeres con diferentes perfiles sociodemográficos.

Uno de los principales resultados de esta etapa fue el ajuste del instrumento para garantizar la calidad y consistencia de los datos levantados, según lo estipulado en documentos internos de trabajo. Los objetivos específicos logrados fueron los siguientes:

- Identificación de inconsistencias en el flujo, sintaxis y coherencia del cuestionario, y de la plataforma digital para su aplicación, así como el proceso de selección de informantes potenciales.
- Prueba de la comprensión de las preguntas dentro del cuestionario, según su organización en diferentes módulos.
- Identificación de respuestas adicionales a las disponibles en cada pregunta, y que habían pasado desapercibidas para el equipo de revisión y elaboración del cuestionario.
- Medición del tiempo de aplicación y la posible fatiga de las participantes.
- Replanteamiento de preguntas consideradas fallidas al momento del pilotaje.
- Prueba de la retroalimentación de datos en la plataforma digital Kobo, usada para crear el cuestionario y almacenar los datos levantados.
- Evaluación del protocolo general de aplicación de la encuesta y el funcionamiento de los instrumentos en conjunto (cuestionario ReGHID, plataforma digital Kobo, conocimiento y manejo del cuestionario por parte del equipo encuestador), así como del protocolo ético para la selección de participantes: entrega de hoja informativa del proyecto, hoja de consentimiento (para adultos y responsables de menores), y hoja de consentimiento para adolescentes.

Levantamiento de datos primarios

Por su parte, la aplicación formal del cuestionario ReGHID fue realizada en El Salvador (CAMR San Salvador) y Honduras (CAMR Belén, La Lima y Omoa) entre el 1 de junio y el 28 de julio de 2022. La coordinación central corrió por cuenta de la OIM (oficinas de Honduras, y El Salvador) y el equipo del proyecto ReGHID de la Universidad de Southampton. El inicio de actividades tuvo algunos días de diferencia entre países¹ y la población encuestada fue de 1300 mujeres migrantes retornadas, seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico (a conveniencia): 1235 encuestas en San Pedro Sula y 65 encuestas en San Salvador. Esto refleja la dinámica de los flujos de retornados para ese período en cada país.

Previo al inicio del operativo de campo, y tal como en el pilotaje del cuestionario, se proveyó capacitación para la comprensión de los objetivos del proyecto ReGHID por parte del equipo

de entrevistadoras (ocho en Honduras, una en El Salvador), así como en el uso de las herramientas de recolección de datos. Para garantizar la sensibilidad de las encuestadoras durante el trabajo de campo, la capacitación incluyó la provisión de primeros auxilios psicológicos, con el apoyo de OIM, para prevenir afectaciones psicosociales por el abordaje de diversas temáticas delicadas dentro del cuestionario (por ejemplo, riesgos enfrentados durante el tránsito, exposición a violencia, sexualidad, historia reproductiva). Finalmente, la capacitación incluyó también un taller sobre violencia basada en género para la comprensión de terminología básica e identificación de violencia de género. Este fue dirigido por la coordinación del Clúster de Género del Fondo de Población para las Naciones Unidas (UNFPA) en Honduras.

La población objetivo fue principalmente de mujeres migrantes retornadas (a sus países de origen —Honduras o El Salvador— desde Estados Unidos o México) en edad reproductiva (15 a 49 años), pero se encontraron casos de mujeres mayores que fueron incluidos para explorar sus necesidades también. De esta manera, se identificaron perfiles de mujeres en diversas etapas de su vida reproductiva: adolescentes (15 a 19 años) y adultas (20 a 49); embarazadas; con hijas(os) pequeñas(os) y que dieron a luz recientemente; con hijas(os) adolescentes e hijas(os) pequeñas(os); que dieron a luz durante el tránsito; sin hijas(os). El cuestionario fue aplicado mediante equipos celulares y tabletas electrónicas, y los datos levantados se cargaron en la plataforma Kobo al final de cada jornada de trabajo.

Análisis de los datos

Los datos primarios se levantaron, se verificó su consistencia y se procedió a su preparación para ser analizados (ver Anexo 3). El análisis fue descriptivo y se condujo por módulos y grupos de edad (15-19 años, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, >=40 años). Durante el análisis primario se crearon tablas simples (univariadas) y cruzadas (bi o multivariadas) para describir las características de las mujeres entrevistadas, y obtener así un perfil de las principales necesidades que experimentaron durante el tránsito. Estos hallazgos fueron sintetizados para su presentación en eventos de diseminación realizados en San Pedro Sula y San Salvador los días 11 y 14 de noviembre de 2022, respectivamente.

La intención de estas rondas de diseminación de resultados, en consonancia con los objetivos del estudio presente, fue discutir sobre las implicaciones de los hallazgos con miembros de organizaciones cuyo trabajo impacta en la población migrante. Como se abundará en la siguiente subsección, durante las discusiones se buscó ubicar los resultados en la realidad local y regional para luego delinear las propuestas y

[1] En Honduras, la implementación comenzó el 1 de junio y en El Salvador, el 15 de junio.

las alianzas estratégicas interinstitucionales, y tener un primer acercamiento a los mecanismos necesarios para satisfacer las necesidades identificadas.

Objetivos de las mesas de discusión

De acuerdo con lo estipulado en las cartas metodológicas diseñadas para las sesiones en San Pedro Sula y San Salvador (ver Anexo 4 y Anexo 5), los objetivos esperados durante y luego de estas, fueron los siguientes:

San Pedro Sula, Honduras

Presentar y discutir los resultados preliminares del análisis de la encuesta ReGHID con representantes de organizaciones cuya población objetivo es la migrante, para:

- Identificar y priorizar cinco brechas/barreras/problemas para el acceso a servicios de salud y salud sexual y reproductiva (SSR) durante la jornada migratoria de mujeres migrantes hondureñas —adolescentes y adultas—.
- Identificar los factores relacionados con cada brecha o barrera descrita en el objetivo anterior.
- Elaborar recomendaciones e iniciativas de acción para solventar los siguientes aspectos clave, sobresalientes durante la jornada migratoria:
 - » Acceso a servicios de atención para satisfacción de necesidades en salud y SSR.
 - » Reducción/eliminación de barreras para el acceso a servicios de salud y SSR.
 - » Mitigación de riesgos a la salud y SSR.
 - » Atención a las consecuencias de la exposición a riesgos.
- Conformar un plan de trabajo, a manera de hoja de ruta, para encaminar dichas recomendaciones e iniciativas, uniendo —en la medida de las posibilidades de la institución— tiempo, esfuerzo y recursos disponibles.

San Salvador, El Salvador

Generar una mesa de discusión con personas representantes de diferentes entidades del SICA para que estas puedan:

- Realizar una retroalimentación sobre los resultados presentados, centrándose en los hallazgos claves cualitativos y cuantitativos, desde una perspectiva regional, tomando como base los retos regionales.
- Identificar acciones que se pueden realizar a nivel regional y desde el SICA para mejorar el acceso a servicios de SSR de mujeres migrantes adolescentes, adultas y trans del norte de Centroamérica en la ruta migratoria, en el corredor centroamericano.

- Identificar sinergias entre diferentes actores de la región para implementar esas acciones.
- Establecer un plan de trabajo y una hoja de ruta para dar seguimiento a los acuerdos.

Para cumplir con los objetivos citados, se convocó a representantes de diferentes organizaciones (gubernamentales, no gubernamentales, pastorales) de influencia local, nacional y regional. Esta convocatoria inició con la composición de listados de invitadas(os) potenciales, identificados por la naturaleza del trabajo realizado al interior de su organización. En este sentido, el criterio para emitir una invitación a los eventos fue que la institución realizase trabajo con población migrante, o cuyo mandato impactara en los programas y políticas diseñadas para la atención a población migrante.

Las invitaciones, junto con una breve introducción al proyecto ReGHID, sus objetivos, y la dinámica de los eventos fueron enviadas por correo electrónico, con cuatro semanas de anticipación, a 35 participantes potenciales para el evento de Honduras y 12 para el evento de El Salvador. La convocatoria fue aceptada por 25 participantes potenciales en Honduras y 12 participantes potenciales en El Salvador.

Paralelamente al proceso de invitación, las mesas fueron diseñadas como se describe a continuación, diferenciándose solamente en el perfil de participantes. En Honduras este fue operativo, mientras que en El Salvador fue de planeación/directivo. En ambos eventos se estableció, como primer momento de las sesiones de trabajo, una presentación breve de los resultados del proyecto ReGHID, incluidos los de la encuesta levantada en Honduras y El Salvador, para guiar la discusión con las y los participantes.

San Pedro Sula, Honduras

Para guiar la discusión con las y los participantes luego de las presentaciones, se comenzó por organizarlas(os) en cuatro mesas de trabajo. Cada mesa contó con cinco a siete participantes, además de un(a) moderador(a) del equipo investigador del proyecto ReGHID y de la OIM. La función de moderación consistió fundamentalmente en dirigir la discusión al interior de cada mesa de acuerdo con un listado de preguntas orientadoras, y registrar las propuestas principales en una matriz de captura diseñada para este fin (ver Anexo 6).

Como complemento de los insumos para la discusión, cada mesa fue provista con cinco informes breves creados por el equipo investigador del proyecto a partir del análisis de la encuesta ReGHID. Adicionalmente, a cada participante le fue provista una carpeta informativa que, entre otros materiales, contenía una infografía preparada por el equipo investigador

en conjunto con la OIM, con el resumen de los principales hallazgos de la encuesta.

Las preguntas orientadoras fueron las siguientes:

1. ¿Qué problemáticas principales identificaron durante las presentaciones y a partir de los materiales de revisión?
 - a. Dentro de estas problemáticas, ¿qué temas específicos son prioritarios?
2. ¿Cómo creen que los hallazgos presentados contribuyen a sus actividades con mujeres migrantes?
3. ¿De qué manera se pueden incorporar a sus actividades? Mecanismos, etc.
4. ¿Cómo se puede asegurar la continuidad de la encuesta ReGHID?
 - a. ¿Con qué frecuencia se debería implementar?
 - b. Idealmente, ¿quién debería darle continuidad?
5. Hoja de ruta para mitigar las problemáticas identificadas. ¿Qué estrategias se pueden implementar en la búsqueda de soluciones a las problemáticas identificadas?
 - a. Nombre de la actividad/estrategia.
 - b. Temporalidad de la actividad/estrategia (inicio, duración).
 - c. Operacionalización de la actividad/estrategia. ¿Cómo se logrará su realización?
 - d. ¿Qué organización u organizaciones pueden hacerse responsables de su implementación?
 - e. ¿Cómo se evaluarán los avances/efectividad/impacto de la actividad/estrategia?
 - f. ¿Qué insumos se requieren para su implementación?

San Salvador, El Salvador

En este caso y por restricciones de tiempo no se recurrió a mesas múltiples de discusión, como originalmente estaba

planteado. En su lugar, la sesión fue plenaria y comenzó con la siguiente pregunta: “Desde las instituciones o unidades que ustedes representan, ¿qué se puede llevar a cabo con la combinación entre evidencia, voluntad técnica y voluntad política para mejorar el acceso de las mujeres, adolescentes y mujeres trans del norte de Centroamérica a servicios de SSR en la ruta migratoria dentro del corredor centroamericano?”.

La participación estuvo moderada por la investigadora principal del proyecto ReGHID, quien retomaba las ideas más relevantes de cada intervención y las devolvía al pleno para fomentar nuevas. Tres personas, pertenecientes a FLACSO El Salvador y la OIM, fueron designadas para tomar nota de las intervenciones.

Los materiales de ambas mesas fueron compilados en un archivo de trabajo y analizados conjuntamente para extraer las temáticas predominantes —complementando así la información obtenida en los eventos individuales— y componer un listado de recomendaciones organizadas en líneas de trabajo centrales.

Este informe presenta tanto los resultados del análisis cuantitativo como los resultados de las mesas de discusión, junto con tres líneas de trabajo posibles, identificadas luego del análisis conjunto de los dos elementos anteriores, para darle cauce a las propuestas de las y los participantes. La descripción de resultados se organiza en dos secciones principales: en la primera, se caracteriza a las mujeres migrantes hondureñas en tránsito junto con sus necesidades en salud y SSR, así como las barreras de acceso a su satisfacción. Posteriormente se presenta la relatoría de las mesas de discusión de Honduras y El Salvador. El documento cierra con el resumen de los principales resultados cuantitativos, la presentación de líneas de acción para estructurar la respuesta al fenómeno migratorio en la región y las conclusiones generales.

RESULTADOS DE HONDURAS

Caracterización de mujeres migrantes en tránsito

A continuación, se presentan los principales resultados del análisis primario de la encuesta ReGHID para Honduras, organizados según la estructura modular mencionada en la descripción de métodos. Con excepción de la caracterización del perfil sociodemográfico y la jornada migratoria, y para diferenciar entre las etapas de la vida reproductiva, los resultados se presentan estratificados por grupos de edad quinquenales, así como un último grupo de edad de mayores de cuarenta años.

Perfil sociodemográfico

La muestra analítica para Honduras fue de 1235 encuestas, levantadas en tres Centros de Atención al Migrante Retornado (CAMR)²: Omoa (N=478), La Lima (N=344), Belén (N=413). En la Tabla I se presentan datos sociodemográficos de las entrevistadas, distribuidas por CAMR. La edad promedio de las encuestadas recibidas en los centros Omoa, La Lima y Belén fue de 28.3, 28.4 y 27.5 años, respectivamente. En consecuencia, la proporción de entrevistadas entre los 20 y 34 años fue mayoritaria en todos los centros. Los departamentos de Cortés (14 %), Francisco Morazán (14.6 %) y Comayagua (11.5 %) concentraron la mayor proporción de lugares de nacimiento de las recibidas en el centro Omoa. Por su parte,

Cortés (15.5 %), Yoro (9 %), Olancho (8.5 %), Atlántida (7.9 %) y Santa Bárbara (7.3 %) concentraron aproximadamente la mitad de los lugares de nacimiento para las recibidas en La Lima. Finalmente, Cortés (16.2 %), Francisco Morazán (9.9 %), Olancho (9.9 %) y Yoro (8.7 %) concentraron la mayoría para el centro Belén.

La mayor parte de encuestadas reportó una escolaridad de nivel básico/secundario. La prevalencia de entrevistadas que reportaron no tener escolaridad fue dos y tres veces mayor en el centro Omoa (40 %), respecto de los centros La Lima (19.1 %) y Belén (12.4 %).

El estado civil de las encuestadas se mantuvo igual antes y después de la jornada migratoria, independientemente del centro de recepción. Sin embargo, en el centro Belén se observó la menor edad promedio, junto con la menor proporción de encuestadas que declararon estar solteras, lo cual está en línea con el tipo de población que atiende este CAMR: núcleos familiares y menores de edad. En los centros Omoa y La Lima, 77 % y 68 % de las encuestadas declararon estar solteras, respectivamente.

Independientemente del centro de recepción, alrededor de tres de cada cuatro entrevistadas reportó que no desempeñaba algún trabajo remunerado antes de emigrar, y prácticamente la totalidad reportó no haber realizado algún trabajo durante su jornada migratoria.

Tabla I. Perfil sociodemográfico de la muestra de mujeres retornadas entrevistadas

Característica	Centro de recepción*					
	Omoa		La Lima		Belén	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Edad (años)						
15 a 19	51	10.7	41	12	22	5.3
20 a 24	157	32.8	110	32.1	133	32.2
25 a 29	98	20.5	66	19.2	129	31.2
30 a 34	59	12.3	47	13.7	69	16.7
35 a 39	62	13	31	9	40	9.7
>= 40	51	10.7	48	14	20	4.8

[2] A lo largo de este informe, a los CAMR se les llama también "centro(s) de recepción".

Escolaridad¹						
Ninguna	191	40	64	19.1	50	12.4
Educación básica	136	28.5	112	33.3	160	39.9
Educación secundaria	119	25	124	36.9	155	38.7
Educación superior	31	6.5	36	10.8	36	8.9
Estado civil						
<i>Previo a la jornada migratoria</i>						
Soltera	370	77.4	232	67.6	166	40.2
Unión libre	108	22.6	111	32.3	247	59.8
Actual¹						
Soltera	365	76.4	237	69.3	171	41.4
Unión libre	113	23.6	104	30.4	242	58.6
No sabe/no responde	0	0	1	0.3	0	0
Situación laboral¹						
<i>Antes de la jornada migratoria</i>						
No trabajaba	349	73.2	249	74.1	313	78.1
Trabajaba (a tiempo parcial, o completo)	128	26.8	87	25.9	88	21.9
<i>Durante la jornada migratoria</i>						
No trabajaba	464	97.3	325	97	388	97
Trabajaba (a tiempo parcial, o completo)	9	1.9	9	2.7	11	2.7
No sabe/no responde	4	0.8	1	0.3	1	0.2
Lugar de nacimiento (departamento)						
Cortés	67	14	53	15.5	67	16.2
Francisco Morazán	70	14.6	25	7.3	41	9.9
Yoro	37	7.7	31	9	36	8.7
Comayagua	55	11.5	20	5.8	23	5.6
Olancho	19	4	29	8.5	41	9.9
Atlántida	31	6.5	27	7.9	22	5.3
Colón	27	5.6	20	5.8	30	7.3
Santa Bárbara	21	4.4	25	7.3	31	7.5
El Paraíso	28	5.9	20	5.8	23	5.6
Choluteca	24	5	17	5	29	7
Copán	23	4.8	16	4.7	20	4.8
Lempira	21	4.4	15	4.4	16	3.9
Intibucá	10	2.1	17	5	7	1.7
Valle	14	2.9	9	2.6	11	2.7
La Paz	16	3.3	9	2.6	7	1.7
Ocatepeque, Gracias a Dios, Islas de la Bahía	15	3.1	10	2.9	9	2.2

¹ La suma de estas categorías no alcanza el valor de la muestra total en Honduras (N= 1235) cuando la pregunta fue dejada en blanco.

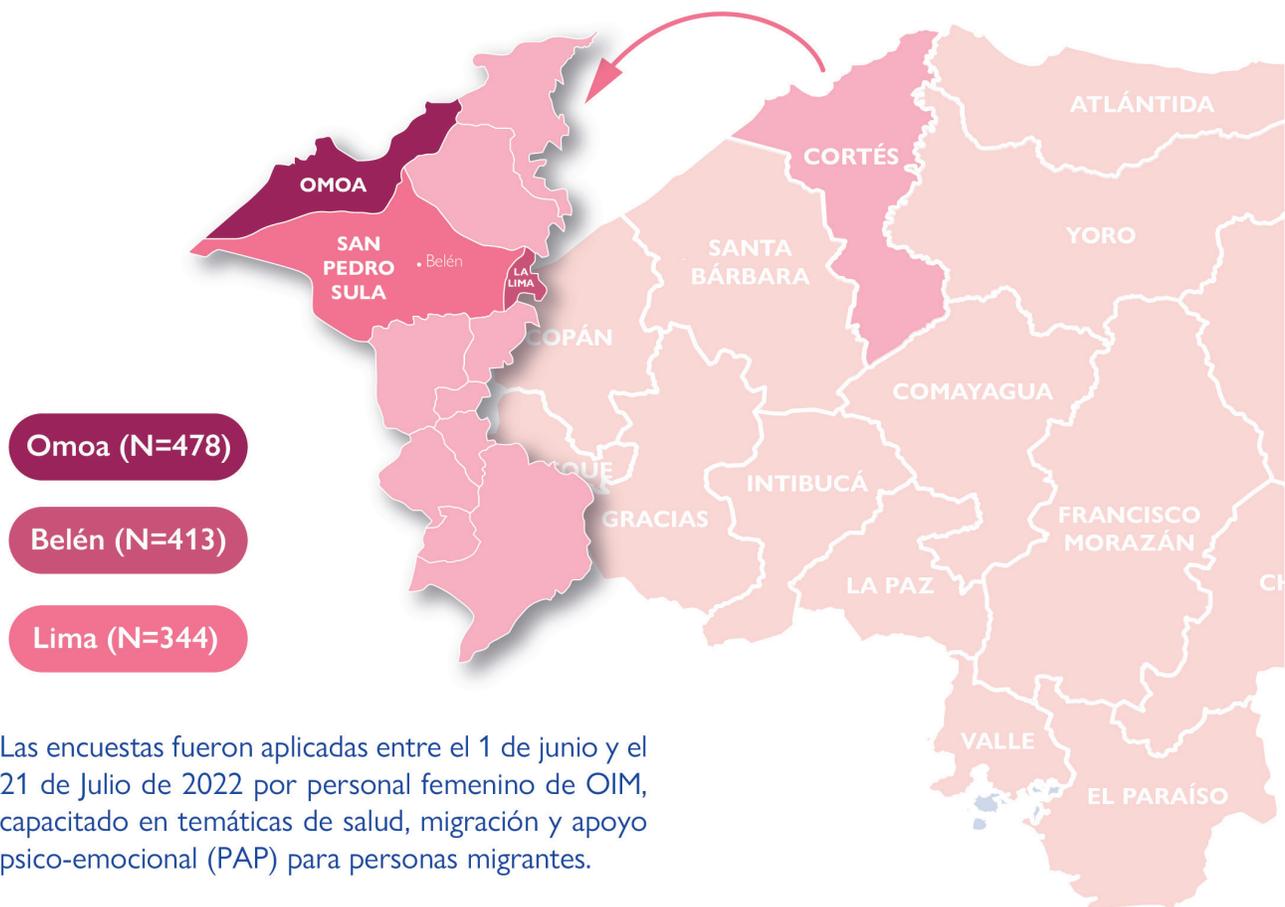
* N=30 registros fueron imputados dado que no tenían identificado el centro de recepción.



Resultado de la Encuesta sobre Salud Sexual y Reproductiva

Característica de la muestra

Muestra no probabilística de 1,235 mujeres y adolescentes retornadas en **tres centros de recepción en San Pedro Sula, Honduras:**



Los departamentos **Cortés, Francisco Morazán, Yoro y Comayagua** concentraron la mayor proporción de lugares de nacimiento de las mujeres y adolescentes recibidas en los centros de recepción.

El perfil anterior es útil en tanto delinea posibles factores predisponentes para la migración entre las encuestadas como la edad, la escolaridad, la situación laboral y el lugar de origen. Con algunas variaciones, estos factores fueron mencionados consistentemente, con independencia del CAMR donde se aplicó la encuesta, lo cual puede implicar que las condiciones poco favorables para el desarrollo de la vida de mujeres adolescentes y adultas en sus lugares de origen están generalizadas, contribuyendo así a su decisión de emigrar:

Características de la jornada migratoria

Las condiciones en que ocurre la jornada migratoria y el tiempo de recorrido hacia el país de destino representan el marco de referencia que explica la frecuencia y magnitud de las diversas necesidades de las mujeres migrantes. Este marco de referencia, junto con la distribución de la oferta de servicios y sus condiciones de operación, es uno de los componentes de las condiciones estructurales que las mujeres migrantes encuentran y enfrentan durante su tránsito. Al caracterizar las condiciones en que ocurre la jornada migratoria se busca, pues, caracterizar qué elementos de este recorrido pueden redundar en el detrimento de su estado de salud y SSR. En este apartado se verá que la duración del ciclo migratorio de las entrevistadas no es prolongada, pudiendo dar paso a la conclusión errónea de

que no hay muchas necesidades por atender. Sin embargo, conforme se avance en la lectura de este documento se comprenderá que hay riesgos inherentes al tiempo y tipo de recorrido, y hay riesgos independientes del tiempo, más bien inherentes a la condición de migrante irregular.

Las mujeres encuestadas declararon, en su mayoría (83 %), que este fue su primer episodio migratorio (Tabla 2). El resto declaró episodios previos y su valor mediano fue de dos intentos migratorios. Prácticamente la totalidad de las entrevistadas declaró que Estados Unidos fue su país de destino. Sin embargo, aproximadamente la mitad de ellas fue detenida en México mientras se encontraba en tránsito y casi todas ellas informaron que fueron deportadas (desde Estados Unidos o México). El 84.4 % declaró que, al momento de su detención, no recibió información sobre sus derechos, ya sea en el centro de detención o a su retorno a Honduras.

Más de la mitad de las mujeres encuestadas (54.6 %) declaró que su jornada migratoria (iniciada en Honduras y concluida en el último país al que pudo llegar) duró entre 21 y 60 días. Un 46 % declaró que realizó el viaje acompañada y, dentro de este subconjunto, el 62 % fue acompañada de su(s) hija(s)/hijo(s). Una tercera parte del total de entrevistadas contrató un pollero/coyote para intentar cruzar distintas fronteras durante su tránsito hacia el país de destino.

Tabla 2. Caracterización de la jornada migratoria

Característica	Cantidad	Porcentaje (%)
Migrante por primera vez		
Sí	1027	83.2
No	208	16.8
Último país al que pudo llegar		
México	645	52.2
Estados Unidos	590	47.8
País al que pretendía llegar¹		
México	47	3.8
Estados Unidos	1184	96.1
Otro	1	0.1
Contrató pollero/coyote¹		
Sí	419	34.0
No	809	65.7
No recuerda/no sabe/no responde	4	0.3
Motivo del retorno¹		
Deportación	1209	98.2
Retorno voluntario	21	1.7
Prefiere no responder	1	0.1
Recibió información en la detención o retorno al país de origen¹		
Sí	192	15.6

No	1039	84.4
Duración de la jornada migratoria (días)¹		
0 a 10	131	10.7
11 a 20	329	26.8
21 a 30	519	42.3
31 a 60	151	12.3
>= 61	98	8.0
Viajó sola¹		
Sí	659	53.7
No	569	46.3
Viajó acompañada de hijas/os²		
Sí	351	61.7
No	218	38.3

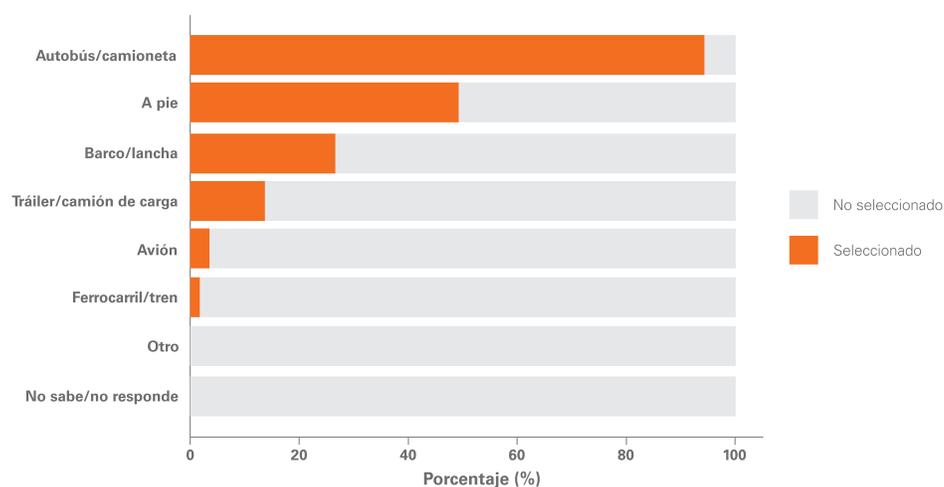
¹ La suma de estas categorías no alcanza el valor de la muestra total en Honduras (N=1235) cuando la pregunta fue dejada en blanco.

² Pregunta realizada solamente a las encuestadas que declararon no viajar solas.

Un 94 % de las entrevistadas declaró que usó un autobús o camioneta como su medio de transporte durante esta jornada migratoria. La mitad declaró que se movió a pie y

otro 26 % declaró que usó algún transporte acuático (barco, lancha). Un 13.7 % reportó que se movilizó en tráileres o camiones de carga (Figura 1).

Figura 1. Medios de transporte utilizados durante la jornada migratoria

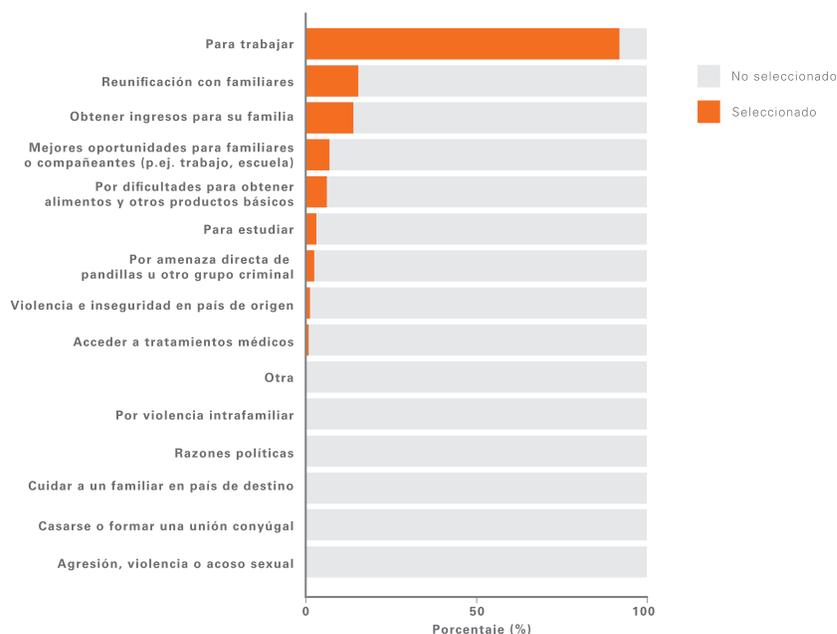


Notas: 1) Gráfico obtenido a partir de preguntas con respuesta múltiple, donde el porcentaje se calcula para cada opción mostrada a la entrevistada. El porcentaje de las opciones no debe sumarse, sino analizarse de manera independiente. 2) 1230 entrevistadas respondieron estas preguntas. El resto (N=5) las dejó en blanco. 3) El porcentaje se calculó dividiendo el número de entrevistadas que dijeron que sí (o seleccionaron la opción) a la pregunta, entre el total de personas que respondió alguna de las opciones (sin dejarlas en blanco).

Al preguntar sobre el o los motivos principales por los que decidieron migrar en esta ocasión, el 92 % de las entrevistadas mencionó que la razón fue la búsqueda de trabajo. Un 15 % mencionó que fue para reunirse con familiares en el país de destino. Otro 13 % mencionó la obtención de ingresos para su familia, la cual puede estar correlacionada con el trabajo. La

violencia en varias categorías (violencia e inseguridad en el país de origen; amenaza directa de pandillas u otro grupo criminal; violencia intrafamiliar; agresión, violencia o acoso sexual) fue citada en alrededor del cuatro a cinco por ciento de ocasiones, aproximadamente (Figura 2).

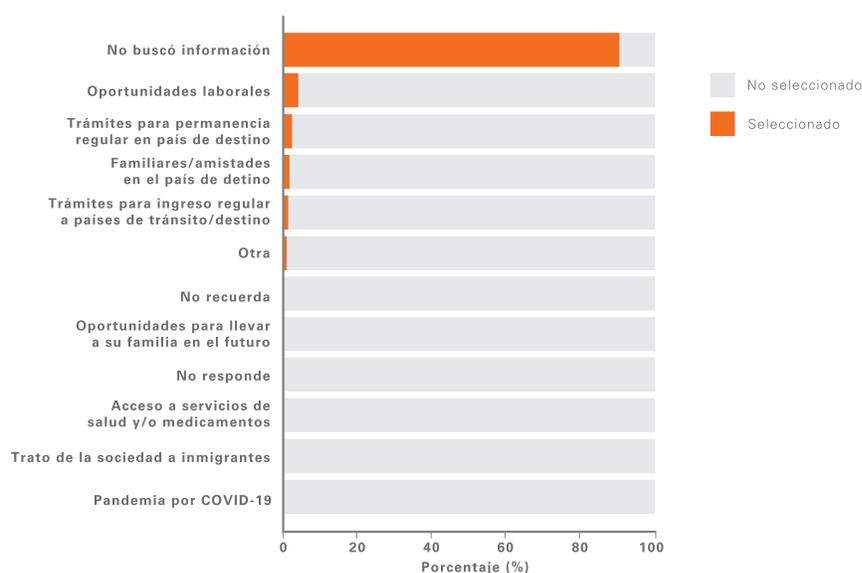
Figura 2. Razones para salir de su país de origen



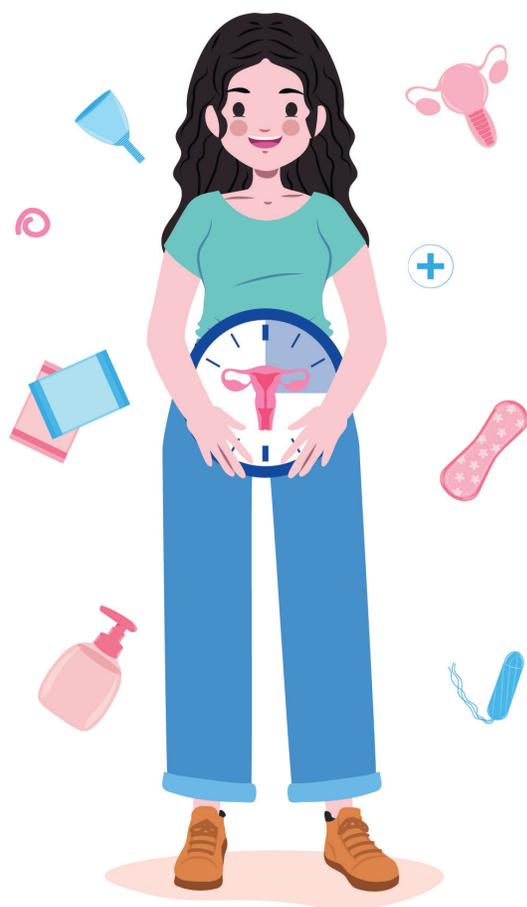
Notas: 1) Gráfico obtenido a partir de preguntas con respuesta múltiple, donde el porcentaje se calcula para cada opción mostrada a la entrevistada. El porcentaje de las opciones no debe sumarse, sino analizarse de manera independiente. 2) 1230 entrevistadas respondieron estas preguntas. El resto (N=5) las dejó en blanco. 3) El porcentaje se calculó dividiendo el número de entrevistadas que dijeron que sí (o seleccionaron la opción) a la pregunta, entre el total de personas que respondió alguna de las opciones (sin dejarlas en blanco).

Las entrevistadas declararon, en su mayoría, no haber buscado información sobre diversos tópicos de interés durante el tránsito o la llegada y estancia en el país de destino (Figura 3).

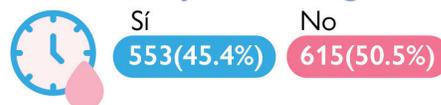
Figura 3. Búsqueda de información sobre diversos tópicos antes de la jornada migratoria



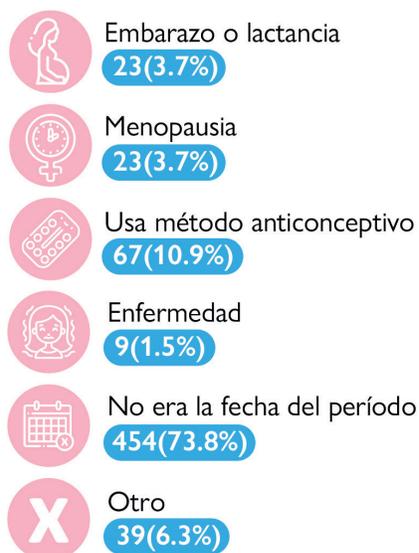
Notas: 1) Gráfico obtenido a partir de preguntas con respuesta múltiple, donde el porcentaje se calcula para cada opción mostrada a la entrevistada. El porcentaje de las opciones no debe sumarse, sino analizarse de manera independiente. 2) 1227 entrevistadas respondieron estas preguntas. El resto (N=8) las dejó en blanco. 3) El porcentaje se calculó dividiendo el número de entrevistadas que dijeron que sí (o seleccionaron la opción) a la pregunta, entre el total de personas que respondió alguna de las opciones (sin dejarlas en blanco).



Período en la jornada migratoria¹



Razón por la que no tuvo su período en la jornada migratoria²



¹La suma de estas categorías no alcanza el valor de la muestra total en Honduras.

²Pregunta realizada solamente a las encuestadas que declararon no haber tenido su período menstrual durante la jornada migratoria



HIGIENE MENSTRUAL

Dentro de los fenómenos de salud inherentes al tiempo de recorrido migratorio, el de la menstruación ha sido recientemente reconocido como instrumental en el bienestar general de las personas, tanto por su inexorabilidad durante los años reproductivos como por su potencial incapacitante en una cantidad importante de casos (Karlsson *et al.*, 2014). Más aun, y dado que la garantía de las condiciones materiales para la práctica de la higiene menstrual con dignidad contribuye a la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos, en este módulo se exploran las características que dificultan o posibilitan el acceso a dichas condiciones durante el tránsito de mujeres retornadas.

Independientemente del grupo de edad, el 85 % de las entrevistadas reportó haber tenido su período menstrual en los días o semanas previos a la encuesta. En el grupo de

más edad (40 años y más), 13.6 % reportó que la última menstruación le había venido hace años (Tabla 3). Exceptuando el grupo de edad más avanzada, aproximadamente un 47 % de las mujeres retornadas encuestadas de los grupos etarios más jóvenes declararon haber tenido su período menstrual durante la jornada migratoria. En el grupo de más de 40 años, un 70 % declaró no haberlo tenido.

La asincronía entre la jornada migratoria y la fecha habitual de la menstruación fue la razón más mencionada entre las mujeres de 15 a 39 años que declararon no haber tenido su período mientras estaban en tránsito. En segundo lugar, estuvo el uso de anticonceptivos, y en menor proporción el embarazo/lactancia. Entre las mujeres de 40 años y más, la menopausia fue la segunda causa luego de la asincronía entre la jornada migratoria y la fecha habitual del período menstrual.

Tabla 3. Presencia del período menstrual durante la jornada migratoria

Característica	Edad (años)												Total	
	15 a 19		20 a 24		25 a 29		30 a 34		35 a 39		≥40			
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Última menstruación¹														
Nunca ha menstruado	1	0.9	2	0.5	1	0.3	2	1.1	0	0	0	0	6	0.5
Días	60	53.6	213	53.4	137	47.6	83	47.7	58	43.9	39	33.1	590	48.2
Semanas	39	34.8	126	31.6	112	38.9	68	39.1	60	45.5	43	36.4	448	36.6
Meses	5	4.5	34	8.5	20	6.9	7	4.0	8	6.1	11	9.3	85	7.0
Años	2	1.8	3	0.8	1	0.3	2	1.1	1	0.8	16	13.6	25	2.0
No sabe	5	4.5	21	5.3	17	5.9	12	6.9	5	3.8	9	7.6	69	5.6
Período en la jornada migratoria¹														
Sí	52	46.8	188	47.4	138	48.1	82	47.7	65	49.2	28	23.7	553	45.4
No	56	50.5	199	50.1	133	46.3	81	47.1	64	48.5	82	69.5	615	50.5
No sabe/prefiere no responder	3	2.7	10	2.5	16	5.6	9	5.2	3	2.3	8	6.8	49	4.0
Razón por la que no tuvo su período en la jornada migratoria²														
Embarazo o lactancia	2	3.6	14	7	4	3	1	1.2	1	1.6	1	1.2	23	3.7
Menopausia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.6	22	26.8	23	3.7
Usa método anticonceptivo	6	10.7	26	13.1	11	8.3	10	12.3	5	7.8	9	11.0	67	10.9
Enfermedad	1	1.8	0	0	4	3	1	1.2	0	0	3	3.7	9	1.5
No era la fecha del período	46	82.1	145	72.9	106	79.7	65	80.2	50	78.1	42	51.2	454	73.8
Otra/no sabe/prefiere no responder	1	1.8	14	7	8	6	4	4.9	7	10.9	5	6.1	39	6.3

¹ La suma de estas categorías no alcanza el valor de la muestra total en Honduras (N= 1235) cuando la pregunta fue dejada en blanco.

² Pregunta realizada solamente a las encuestadas que declararon no haber tenido su período menstrual durante la jornada migratoria.

Independientemente del grupo de edad, las toallas sanitarias desechables fueron el producto de higiene menstrual más socorrido entre las encuestadas que reportaron haber tenido su período menstrual durante la jornada migratoria (N=553). Este producto fue principalmente llevado desde el país de origen, y en segundo lugar fue comprado en algún comercio durante el tránsito. En tercer lugar, fueron conseguidas en centros de detención/deportación o albergues/casas del migrante. Véase la Tabla 4.

Entre el 90 % y el 96 % de las encuestadas reportó haber podido encontrar toallas sanitarias durante el tránsito. Independientemente del grupo de edad, se encontró más del 95 % de satisfacción con el producto de higiene femenina utilizado durante la jornada migratoria.



Resultado de la Encuesta sobre Salud Sexual y Reproductiva

Productos de higiene menstrual más utilizados¹

Durante la jornada migratoria, **las toallas sanitarias (99%) son el producto más utilizado** y la mayoría de las mujeres obtuvo el producto porque lo traía desde casa (53%) o lo compró en algún comercio (31%).

Formas de obtener el producto



Donación de organización civil, iglesia, etc.

7(1.3%)



Los compró en algún comercio

173(31.3%)



Lo trajo desde casa

295(53.3%)



Lo consiguió / fue proporcionado en el centro de detención

45(8.1%)



Regalo de otra persona/ o persona migrante

21(3.8%)



Lo consiguió / fue proporcionado en el albergue

10(1.8%)



92.4% pudo encontrar el producto durante el tránsito.



549(99.3%)



4(0.7%)

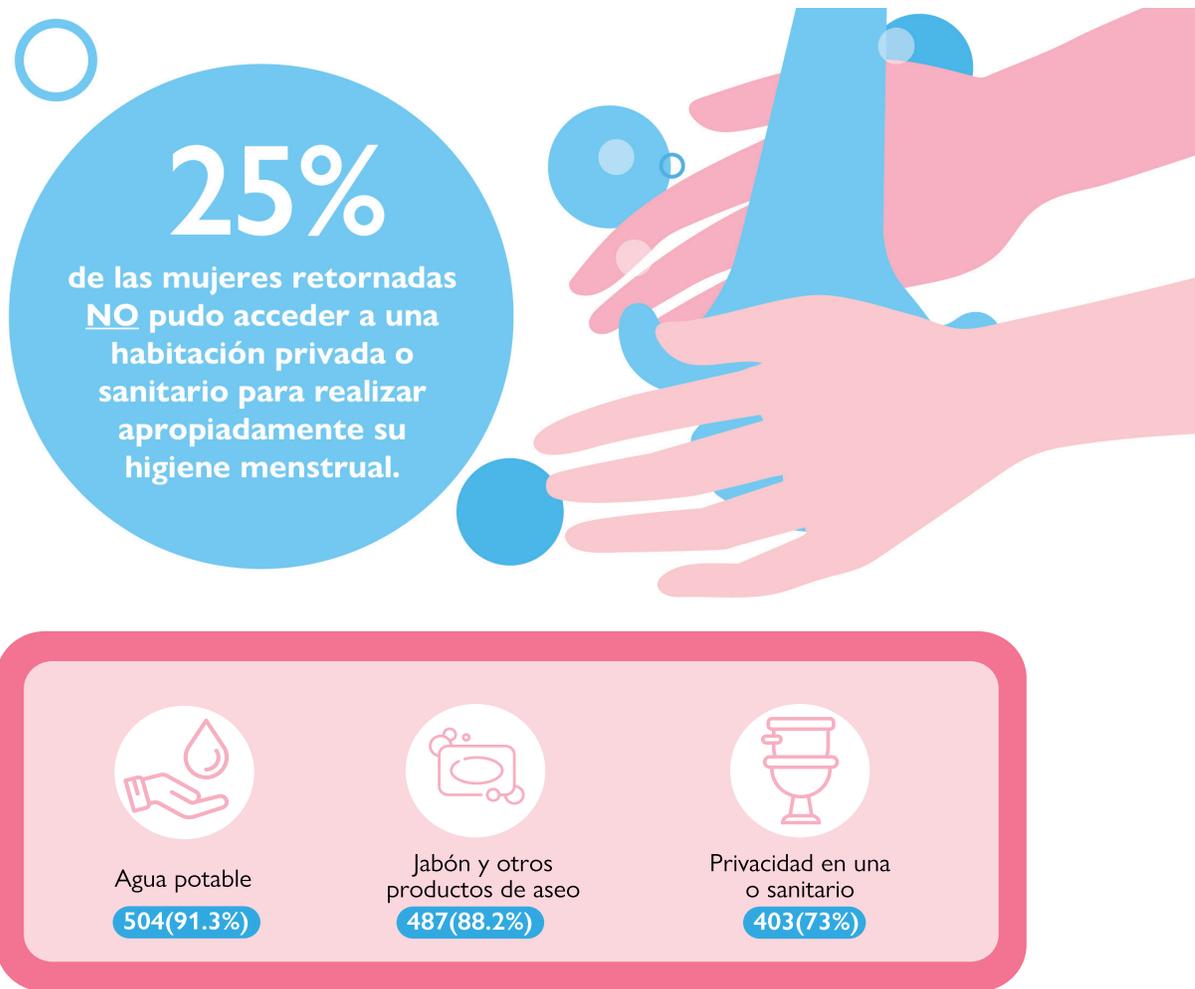
¹Preguntas realizadas solamente a las encuestadas que declararon haber tenido su período menstrual durante la jornada migratoria.

Tabla 4. Productos de higiene femenina utilizados durante la jornada migratoria, y satisfacción con su uso

Característica ¹	Edad (años)												Total	
	15 a 19		20 a 24		25 a 29		30 a 34		35 a 39		≥40			
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Producto de higiene menstrual más usado durante la jornada migratoria														
Toallas sanitarias desechables	52	100	187	99.5	136	98.6	81	98.8	65	100	28	100	549	99.3
Papel higiénico/servilletas/tampones/toallas reusables	0	0	1	0.5	2	1.4	1	1.2	0	0	0	0	4	0.7
Forma de obtener el producto														
Donación de organización civil, iglesia, etc.	1	1.9	2	1.1	1	0.7	1	1.2	0	0	2	7.1	7	1.3
Lo trajo desde casa	30	57.7	102	54.3	71	51.4	45	54.9	31	47.7	16	57.1	295	53.3
Proporcionado por otra migrante/ persona	0	0	9	4.8	5	3.6	2	2.4	3	4.6	2	7.1	21	3.8
Los compró en algún comercio	15	28.8	62	33	40	29.0	23	28	25	38.5	8	28.6	173	31.3
Lo consiguió/fue proporcionado en el centro de detención/deportación	5	9.6	11	5.9	17	12.3	9	11	3	4.6	0	0	45	8.1
Lo consiguió/fue proporcionado en el albergue/Casa del Migrante	1	1.9	1	0.5	4	2.9	1	1.2	3	4.6	0	0	10	1.8
Otra/prefiere no responder	0	0	1	0.5	0	0	1	1.2	0	0	0	0	2	0.4
Pudo encontrar su producto preferido durante el tránsito														
Sí	47	90.4	176	93.6	127	92	75	91.5	59	90.8	27	96.4	511	92.4
No	5	9.6	8	4.3	11	8	6	7.3	4	6.2	1	3.6	35	6.3
No recuerda/prefiere no responder	0	0	4	2.1	0	0	1	1.2	2	3.1	0	0	7	1.3
Satisfacción con el producto utilizado durante el tránsito²														
Sí	51	98.1	180	95.7	133	96.4	78	95.1	63	96.9	26	96.3	531	96.2
No	1	1.9	6	3.2	5	3.6	2	2.4	1	1.5	1	3.7	16	2.9
No recuerda/prefiere no responder	0	0	2	1.1	0	0	2	2.4	1	1.5	0	0	5	0.9

¹ Preguntas realizadas solamente a las encuestadas que declararon haber tenido su período menstrual durante la jornada migratoria.

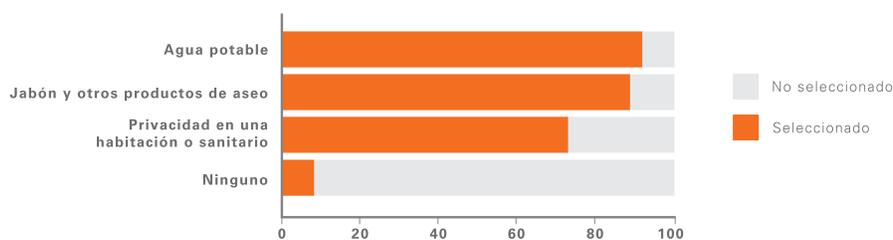
² La suma de estas categorías no alcanza el valor de la muestra total en Honduras (N= 1235) cuando la pregunta fue dejada en blanco.



Para una mejor comprensión de las necesidades insatisfechas en torno a la higiene menstrual, se preguntó sobre el acceso a tres aspectos básicos. De las mujeres que declararon haber tenido su período durante el tránsito (N=553, 45.4% del total de mujeres), el 91 % y 88 % declaró que tuvo acceso a agua

potable y jabón para su aseo, respectivamente. Alrededor del 74 % declaró que pudo acceder a algún espacio privado para asearse durante su período. Un 8 % declaró que no tuvo acceso a agua, jabón o espacio privado para asearse durante su período menstrual en la jornada migratoria.

Figura 4. Satisfacción de necesidades básicas relacionadas con la higiene menstrual durante la jornada migratoria



Notas: 1) Gráfico obtenido a partir de preguntas con respuesta múltiple, donde el porcentaje se calcula para cada opción mostrada a la entrevistada. El porcentaje de las opciones no debe sumarse, sino calcularse de manera independiente. 2) Solamente se aplicaron estas preguntas a 553 entrevistadas que reportaron haber tenido su menstruación durante la jornada migratoria. Una entrevistada dejó las preguntas en blanco. 3) El porcentaje se calculó dividiendo el número de entrevistadas que dijeron que sí (o seleccionaron la opción) a la pregunta, entre el total de personas que respondió alguna de las opciones (sin dejarlas en blanco).



HISTORIA REPRODUCTIVA

El perfil reproductivo de las entrevistadas fue explorado en diferentes preguntas (Tabla 5). El porcentaje que reportó haber estado alguna vez embarazada aumenta progresivamente con la edad; sin embargo, es notable que una tercera parte de entrevistadas entre 15 y 19 años haya reportado haber estado alguna vez embarazadas.

Entre las entrevistadas que reportaron haber estado embarazadas en algún momento de su vida (N=753), el porcentaje reportado de nacidos vivos fue alto en general, pero menor entre las adolescentes de 15 a 19 años (88.5 %). En el resto de los grupos de edad, se observaron porcentajes mayores al 95 %.

La prevalencia de mortinatos (es decir, hijos nacidos muertos) entre las entrevistadas alguna vez embarazadas fue más alta entre los 35 a 39 y los 25 a 29 años. Este desenlace del

embarazo ocurrió en menor medida entre las entrevistadas de 20 a 24 años. Las pérdidas o interrupciones del embarazo (voluntarias o no) ocurrieron, en promedio, en el 10 % de los casos para todos los grupos de edad. El mayor porcentaje se observó en el grupo de mayor edad (14.4 %), seguido del grupo entre 35 a 39 (12 %) y el grupo adolescente (11.5 %).

De acuerdo con la encuesta, se estima un porcentaje de embarazos no intencionados (embarazos no deseados, o que ocurren a destiempo) (Santelli *et al.*, 2003) entre el 16 % y el 34 %, observándose la menor proporción entre los 35 a 39 años. Por su parte, la mayor proporción se observa en el grupo de migrantes adolescentes. Finalmente, un total de 21 entrevistadas reportó haber estado embarazada durante la jornada migratoria (refiérase la sección de Anexos para ver una caracterización de este grupo específico).



Tabla 5. Indicadores de la historia reproductiva de las migrantes entrevistadas

Característica	Edad (años)												Total	
	15 a 19		20 a 24		25 a 29		30 a 34		35 a 39		≥40			
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Alguna vez embarazada¹														
Sí	26	34.2	208	59.6	184	67.6	127	76.5	109	86.5	99	89.2	753	68.5
No	49	64.5	141	40.4	88	32.4	39	23.5	16	12.7	12	10.8	345	31.4
No sabe/prefiere no responder	1	1.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	2	0.2
Ha tenido algún(a) hijo(a) vivo(a) alguna vez²														
Sí	23	88.5	198	95.2	180	97.8	126	100.0	108	99.1	97	98.0	732	97.3
No	3	11.5	10	4.8	4	2.2	0	0.0	1	0.9	2	2.0	20	2.7
Ha tenido algún(a) hijo(a) nacido(a) muerto(a) alguna vez³														
Sí	1	3.8	6	2.9	13	7.1	5	4.0	8	7.4	5	5.1	38	5.1
No	25	96.2	200	97.1	169	92.9	120	96.0	100	92.6	93	94.9	707	94.9
Pérdidas o interrupciones del embarazo (voluntaria o involuntaria)⁴														
Sí	3	11.5	18	8.7	18	9.9	11	8.9	13	12.0	14	14.4	77	10.3
No	23	88.5	189	91.3	164	90.1	113	91.1	95	88.0	83	85.6	667	89.7
Deseo de embarazo (más reciente o todos los anteriores)⁴														
Quería embarazarse	17	65.4	152	73.8	134	73.6	97	77.6	87	81.3	81	82.7	568	76.3
Quería esperar más tiempo	7	26.9	39	18.9	35	19.2	20	16.0	15	14.0	16	16.3	132	17.7
No quería embarazarse	2	7.7	11	5.3	11	6.0	4	3.2	2	1.9	1	1.0	31	4.2
Prefiere no responder	0	0.0	4	1.9	2	1.1	4	3.2	3	2.8	0	0.0	13	1.7
Embarazada durante la jornada migratoria⁵														
Sí	3	11.5	12	5.8	5	2.7	0	0.0	1	0.9	0	0.0	21	2.8
No	23	88.5	194	94.2	177	97.3	125	100.0	107	99.1	99	100.0	725	97.2

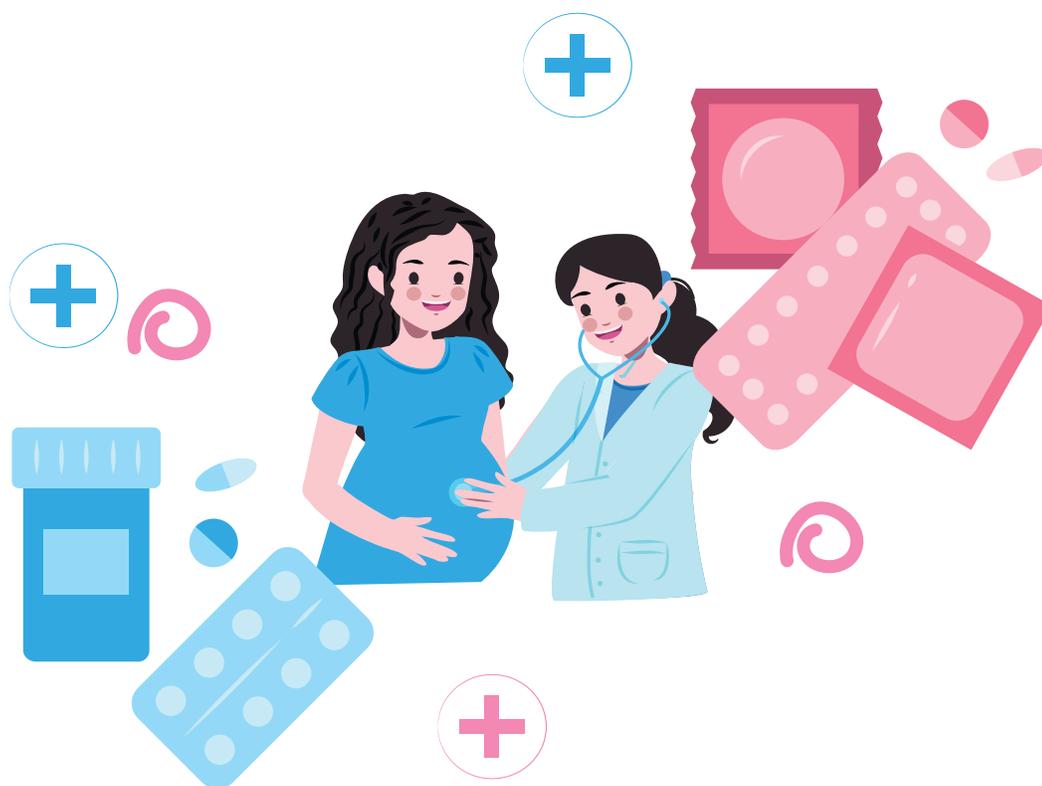
¹ Un total de 1100 entrevistadas contestó esta pregunta. El resto (N=135) dejó la pregunta en blanco.

² Pregunta realizada a las 753 entrevistadas que declararon haber estado embarazadas alguna vez. N=1 dejó la pregunta en blanco.

³ Pregunta realizada a las 753 entrevistadas que declararon haber estado embarazadas alguna vez. N=8 dejaron la pregunta en blanco.

⁴ Pregunta realizada a las 753 entrevistadas que declararon haber estado embarazadas alguna vez. N=9 dejaron la pregunta en blanco.

⁵ Pregunta realizada a las 753 entrevistadas que declararon haber estado embarazadas alguna vez. N=7 dejaron la pregunta en blanco.



USO DE SERVICIOS DE SALUD

Entre el 22 % y el 31 % de las entrevistadas en todos los grupos de edad reportó haber tenido alguna necesidad de atención en salud para ellas o sus hijos(as) (Tabla 6). Dentro de este subconjunto (N=306), el porcentaje de búsqueda de servicios de salud entre 15 y 24 años fue ligeramente menor al reportado a partir de los 25 años. En el primer caso se encontró un promedio del 77 %, aproximadamente. En el segundo caso se encontró un promedio aproximado del 82 %. El porcentaje que accedió a los servicios de salud tuvo una distribución menos homogénea, donde el grupo con mayor acceso fue el de 30 a 34 años, seguido del grupo entre 20 a 29 años. El grupo con el menor porcentaje de acceso fue el de 40 años o más.

Entre las entrevistadas que reportaron no haber accedido a los servicios de salud a pesar de haber experimentado esta

necesidad (N=73), la mayoría dejó de acudir por su condición de migrante irregular. El temor a la discriminación fue también una barrera importante para las entrevistadas de 25 a 34 años.

Entre las entrevistadas que reportaron haber accedido a la atención en salud cuando experimentó la necesidad (N=232), la mayoría fue atendida en alguna Casa del Migrante, independientemente de la edad. La excepción a este patrón fue el grupo de entrevistadas de 40 a más años, pues se atendieron en igual proporción en Casas del Migrante y algún centro de salud u hospital público o privado durante el tránsito. En el 94 % de los casos, las adolescentes reportaron que su necesidad de salud fue resuelta en el establecimiento al que acudieron. En contraste, solamente la mitad de las mujeres entre 25 a 29 años reportó que su necesidad fue satisfecha.

Tabla 6. Necesidades de atención en salud durante la jornada migratoria

Característica	Edad (años)												Total	
	15 a 19		20 a 24		25 a 29		30 a 34		35 a 39		≥40			
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Necesidad de atención médica (entrevistada o hijo/a)¹														
Sí	25	22.3	108	27.1	65	22.7	53	30.8	28	21.5	27	22.9	306	25.2
No	87	77.7	289	72.6	220	76.9	118	68.6	102	78.5	90	76.3	906	74.5
No recuerda	0	0.0	1	0.3	1	0.3	1	0.6	0	0.0	1	0.8	4	0.3
Buscó atención para resolver esta necesidad²														
Sí	19	76.0	84	78.5	54	83.1	44	83.0	23	82.1	22	81.5	246	80.7
No	6	24.0	23	21.5	9	13.8	9	17.0	5	17.9	5	18.5	57	18.7
No recuerda/prefiere no responder	0	0.0	0	0.0	2	3.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.7
Acudió a algún servicio para recibir atención^{2,1}														
Sí	18	72.0	82	75.9	49	75.4	46	86.8	20	71.4	17	63.0	232	75.8
No	7	28.0	26	24.1	15	23.1	7	13.2	8	28.6	10	37.0	73	23.9
Prefiere no responder	0	0.0	0	0.0	1	1.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.3
Razón por la que no acudió a algún servicio³														
Por ser migrante irregular	3	42.9	13	50.0	5	33.3	4	57.1	4	50.0	4	40.0	33	45.2
Dinero/costo	1	14.3	4	15.4	1	6.7	1	14.3	0	0.0	2	20.0	9	12.3
Discriminación	0	0.0	2	7.7	4	26.7	2	28.6	1	12.5	0	0.0	9	12.3
Otra	3	42.9	7	26.9	5	33.3	0	0	3	37.5	4	40	22	30.1
Servicio de salud donde fue atendida⁴														
Casa del Migrante	7	38.9	43	52.4	20	40.8	14	30.4	8	40.0	6	35.3	98	42.2
Centro de salud/hospital público/hospital privado	6	33.3	16	19.5	12	24.5	10	21.7	5	25.0	6	35.3	55	23.7
Otro	5	27.8	23	28.0	17	34.7	22	47.8	7	35.0	5	29.4	79	34.1
Razón por la que acudió al servicio donde fue atendida^{4,1}														
Cercanía	14	77.8	67	82.7	41	85.4	32	69.6	14	70.0	14	82.4	182	79.1
Ya lo conocía	3	16.7	4	4.9	1	2.1	0	0.0	2	10.0	3	17.6	13	5.7
Otra	1	5.6	10	12.3	6	12.5	14	30.4	4	20	0	0	35	15.2
Necesidad de salud resuelta⁴														
Sí	17	94.4	54	66.7	25	51.0	29	63.0	15	75.0	15	88.2	155	67.1
No	1	5.6	22	27.2	19	38.8	14	30.4	5	25.0	2	11.8	63	27.3
Parcialmente	0	0.0	5	6.2	5	10.2	3	6.5	0	0.0	0	0.0	13	5.6

¹ Un total de 1216 entrevistadas contestó esta pregunta. El resto (N=19) dejó la pregunta en blanco.

² Pregunta realizada a las 306 entrevistadas que declararon haber experimentado alguna necesidad de salud durante la jornada migratoria. N=1 dejó la pregunta en blanco.

^{2,1} Pregunta realizada a las 306 entrevistadas que declararon haber experimentado alguna necesidad de salud durante la jornada migratoria. Todas contestaron la pregunta.

³ Pregunta realizada a las 73 entrevistadas que declararon no haber acudido a algún servicio de salud, a pesar de haber experimentado la necesidad.

⁴ Pregunta realizada a las 232 entrevistadas que declararon haber acudido a algún servicio de salud cuando experimentaron alguna necesidad.

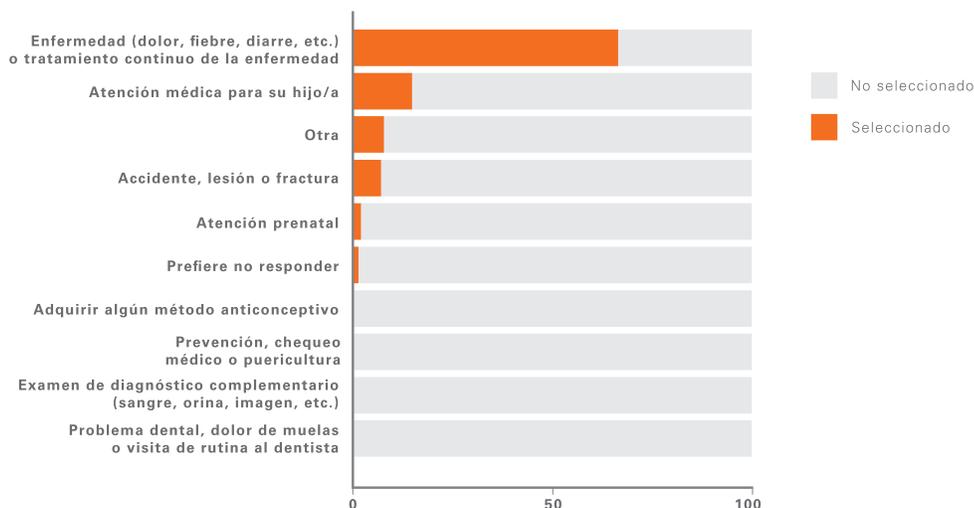
^{4,1} Pregunta realizada a las 232 entrevistadas que declararon haber acudido a algún servicio de salud cuando experimentaron alguna necesidad. N=2 dejaron la pregunta en blanco.

⁵ Pregunta realizada a las 232 entrevistadas que declararon haber acudido a algún servicio de salud cuando experimentaron alguna necesidad. N=1 dejó la pregunta en blanco.

El rango de necesidades de atención en salud reportado fue variado, donde la más mencionada (66.6 %) fue la enfermedad de algún tipo agudo o el tratamiento continuo de alguna

condición preexistente. El 15 % de las 306 entrevistadas reportó que fue su hija(o) quien experimentó la necesidad de salud. Véase la Figura 5.

Figura 5. Necesidades de atención en salud reportadas por las entrevistadas



Notas: 1) Gráfico obtenido a partir de preguntas con respuesta múltiple, donde el porcentaje se calcula para cada opción mostrada a la entrevistada. El porcentaje de las opciones no debe sumarse, sino calcularse de manera independiente. 2) Solamente se aplicaron estas preguntas a 306 entrevistadas que reportaron haber experimentado alguna necesidad de salud durante la jornada migratoria. 3) El porcentaje se calculó dividiendo el número de entrevistadas que dijeron que sí (o seleccionaron la opción) a la pregunta, entre el total de personas que respondió alguna de las opciones (sin dejarlas en blanco).



Resultado de la Encuesta sobre Salud Sexual y Reproductiva

Uso de servicios de salud

El **25%** de las mujeres retornadas reportó haber tenido al menos una necesidad de atención médica durante el desplazamiento.

Entre ellas, el **75%** pudo acceder a la atención requerida, indicando que, aproximadamente una de cada cuatro mujeres en el desplazamiento no pudo acceder al sistema de salud durante la jornada migratoria.



Necesidad de atención médica (entrevistada o hijo/a)¹

Sí	No
306(25.2%)	906(74.5%) ✓

Acudió a algún servicio para recibir atención²

Sí	No
232(75.8%) ✓	73(23.9%)

Servicio de salud donde fue atendida³

Casa del migrante	Centro de salud / Hospital	Otro
98(42.2%) ✓	55(23.7%)	79(34.1%)

La barrera de acceso más frecuentemente reportada fue el hecho de ser migrante irregular



¹Un total de 1216 entrevistadas contestó esta pregunta.

²Pregunta realizada a las 306 entrevistadas que declararon haber experimentado alguna necesidad de salud durante la jornada migratoria. Todas contestaron la pregunta

³Pregunta realizada a las 232 entrevistadas que declararon haber acudido a algún servicio de salud cuando experimentaron alguna necesidad

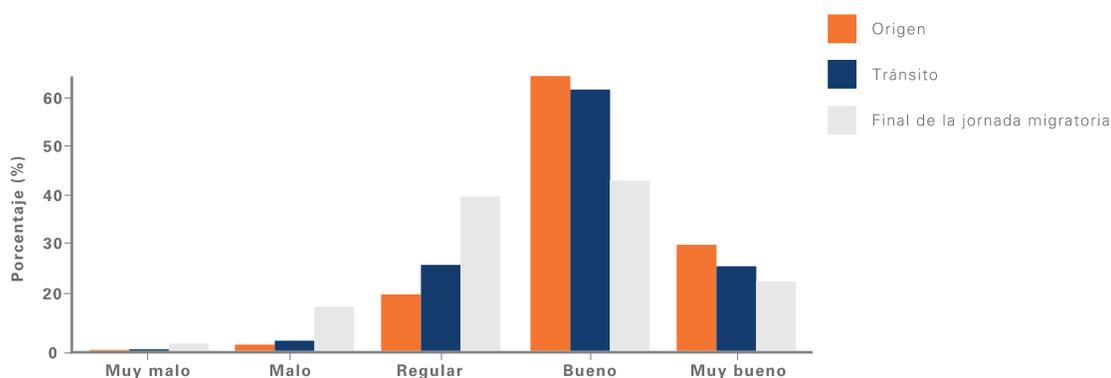


AUTOPERCEPCIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD

El reporte del estado de salud autopercebido (Kaleta *et al.*, 2009; Shields y Shooshtari, 2001) fue explorado también en la encuesta. Se observa un patrón claro de deterioro en la salud de las entrevistadas como consecuencia de la jornada migratoria. Mientras que en el origen solamente el 0.3 % reportó un estado de salud "Muy malo", al final este incrementó al 1.8 %, es decir, unas cinco veces más

en comparación al estado inicial reportado en el país de origen. El estado de salud "Malo" también incrementó hacia el final de la jornada migratoria (unas seis veces, al pasar de 1.6 % a 10 %). Así también el estado "Regular" de salud. En consecuencia, el reporte de estados de salud 'Bueno' y 'Muy bueno' tuvieron una disminución gradual (OMS, 2015).

Figura 6. Estado de salud autopercebido reportado por migrantes encuestadas



Nota: Un total de 1213 entrevistadas contestó las tres preguntas utilizadas para componer el gráfico. El resto (N=22) dejó la pregunta en blanco.

Con excepción del grupo de edad entre 30 a 34 años, las entrevistadas reportaron en mayor proporción que las jornadas migratorias (la más reciente y las anteriores) no afectaron su estado de salud (Tabla 7).

Entre los 25 a 34 años, el 50 % o más de entrevistadas reportó que su estado de ánimo fue afectado negativamente

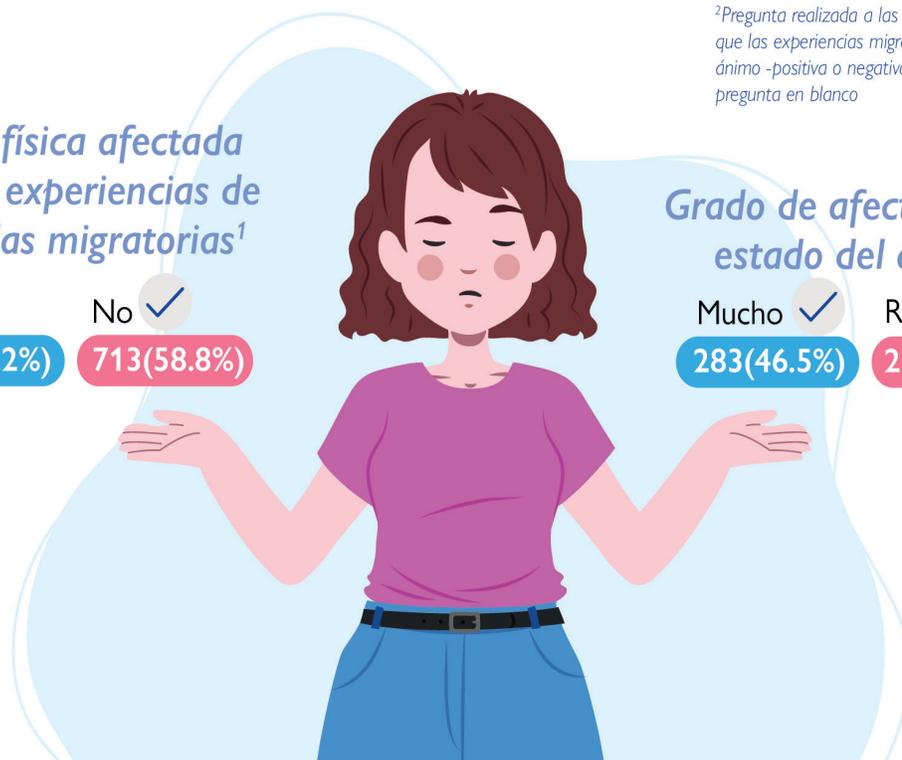
por la última jornada migratoria o jornadas migratorias previas. A pesar de que el porcentaje de afectación negativa en el resto de los grupos etarios fue menor al 50 %, este se mantuvo alto, en un 44 % en promedio. De acuerdo con las entrevistadas, el grado de afectación fue de regular a mucho para todos los grupos de edad.

Salud física afectada por las experiencias de jornadas migratorias¹

Sí 500(41.2%)
 No 713(58.8%)

Grado de afectación del estado del ánimo²

Mucho 283(46.5%)
 Regular 269(44.2%)



¹Un total de 1213 entrevistadas contestó esta pregunta.
²Pregunta realizada a las 609 entrevistadas que reportaron que las experiencias migratorias han afectado su estado de ánimo -positiva o negativamente-. Una entrevistada dejó la pregunta en blanco

Tabla 7. Afectaciones del proceso migratorio (actual o anteriores) al estado de salud autopercibido y anímico de las entrevistadas

Característica	Edad (años)												Total	
	15 a 19		20 a 24		25 a 29		30 a 34		35 a 39		≥40			
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Estado de salud afectado por las experiencias de sus jornadas migratorias¹														
Sí	42	37.5	153	38.5	124	43.4	86	50.6	53	40.8	42	35.6	500	41.2
No	70	62.5	244	61.5	162	56.6	84	49.4	77	59.2	76	64.4	713	58.8
Las experiencias de las jornadas migratorias afectaron su estado de ánimo¹														
No	61	54.5	203	51.0	134	46.9	71	41.8	66	51.2	66	55.9	601	49.5
Sí, negativamente	47	42.0	184	46.2	143	50.0	91	53.5	60	46.5	49	41.5	574	47.3
Sí, positivamente	4	3.6	9	2.3	9	3.1	8	4.7	3	2.3	2	1.7	35	2.9
No sabe/prefiere no responder	0	0.0	2	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.8	3	0.2
Grado de afectación del estado de ánimo²														
Poco	9	17.6	18	9.4	9	5.9	3	3.0	7	11.1	10	19.6	56	9.2
Regular	21	41.2	90	46.9	73	48.0	48	48.5	18	28.6	19	37.3	269	44.2
Mucho	21	41.2	84	43.8	70	46.1	48	48.5	38	60.3	22	43.1	283	46.5

¹ Un total de 1213 entrevistadas contestó esta pregunta. El resto (N=22) dejó la pregunta en blanco.

² Pregunta realizada a las 609 entrevistadas que reportaron que las experiencias migratorias han afectado su estado de ánimo-positiva o negativamente-. Una entrevistada dejó la pregunta en blanco.



SITUACIÓN EN ALBERGUES Y CENTROS DE DETENCIÓN

Diversas características de la estancia en albergues (también identificados como refugios o Casas del Migrante) y centros de detención fueron exploradas para conocer las necesidades de atención en salud de las entrevistadas durante su permanencia en ellos —y su satisfacción por vía del acceso a servicios—. Naturalmente, lo encontrado en ambos casos difiere pues la decisión de buscar refugio y permanecer en albergues es voluntaria y determinada por el contexto en que se desarrolla el recorrido hacia el país de destino, mientras que la permanencia en centros de detención es punitiva y ocurre como resultado de la política de control migratorio.

Albergues

En promedio, un 18.6 % de las mujeres y adolescentes retornadas entrevistadas declaró haberse hospedado en algún albergue durante su tránsito al país de destino. El grupo de 30 a 34 años reportó haberse hospedado en albergues en menor porcentaje (14.7 %), mientras que las entrevistadas adolescentes (15 a 19 años) reportaron esto en mayor porcentaje (21.4 %). Véase la Tabla 8.

Entre las entrevistadas que declararon haberse hospedado en albergues (N=226), prácticamente la totalidad declaró haber tenido acceso al refugio y haberse quedado en uno a dos refugios, mayormente durante el tránsito. De la misma manera, prácticamente la totalidad declaró haberse hospedado por última vez en un albergue durante los tres meses previos a la encuesta. Aunque la mayoría reportó no haber planeado su ruta migratoria con la ubicación de los albergues en mente, en algunos grupos de edad —como el adolescente—, hasta un 42 % declaró que la ubicación del albergue sí influyó en la planificación de la ruta. Se encontró un porcentaje similar en el grupo de edad entre 35 a 39 años.

La mayor proporción de mujeres entrevistadas que se alojaron en albergues declaró haberse sentido algo segura o muy segura dentro de los mismos. De manera similar, las mujeres retornadas declararon en mayor proporción haberse sentido satisfechas con la atención que recibieron durante su estancia en albergues. Sin embargo, dentro del grupo de edad de 25 a 29 años, una de cada cuatro (N=15) declaró insatisfacción con su estancia.

Tabla 8. Características de la estadía en albergues

Característica	Edad (años)												Total	
	15 a 19		20 a 24		25 a 29		30 a 34		35 a 39		≥40			
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Estadía en albergues^{1*}														
Sí	24	21.4	72	18.1	59	20.7	25	14.7	27	20.8	19	16.1	226	18.6
No	88	78.6	325	81.7	225	78.9	145	85.3	101	77.7	99	83.9	983	81.0
Prefiere no responder	0	0	1	0.3	1	0.4	0	0	2	1.5	0	0	4	0.3
Le fue negado acceso a algún albergue²														
Sí	0	0	6	1.5	2	0.7	2	1.2	1	0.8	0	0	11	0.9
No	112	100	389	98.2	282	98.9	168	98.8	128	98.5	118	100	1197	98.8
Prefiere no responder	0	0	1	0.3	1	0.4	0	0	1	0.8	0	0	3	0.2
Cantidad de albergues en que se hospedó³														
1	18	75	51	71.8	43	72.9	22	88	22	81.5	11	57.9	167	74.2
2	4	16.7	11	15.5	12	20.3	2	8	1	3.7	5	26.3	35	15.6
3 a 4	2	8.3	9	12.7	3	5.1	1	4	2	7.4	3	15.8	20	8.9
5 a 9	0	0	0	0	1	1.7	0	0	2	7.4	0	0	3	1.3
Última vez que se hospedó en albergue⁴														
En los 3 meses previos	23	95.8	68	94.4	57	96.6	25	100	27	100	18	94.7	218	96.5
De 4 a 6 meses atrás	1	4.2	3	4.2	1	1.7	0	0	0	0	1	5.3	6	2.7
De 7 a 12 meses atrás	0	0	1	1.4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.4
Hace un año	0	0	0	0	1	1.7	0	0	0	0	0	0	1	0.4
Planeación de ruta pensando en ubicación de albergue³														
Sí	10	41.7	26	36.6	19	32.2	7	28	11	40.7	4	21.1	77	34.2
No	14	58.3	45	63.4	39	66.1	18	72	16	59.3	15	78.9	147	65.3
No recuerda	0	0	0	0	1	1.7	0	0	0	0	0	0	1	0.4
Percepción de seguridad dentro del albergue⁴														
Muy insegura	2	8.3	1	1.4	6	10.2	1	4	1	3.7	1	5.3	12	5.3
Algo insegura	0	0	2	2.8	1	1.7	0	0	1	3.7	0	0	4	1.8
Ni segura ni insegura	2	8.3	6	8.3	7	11.9	1	4	0	0	3	15.8	19	8.4
Algo segura	10	41.7	31	43.1	24	40.7	8	32	19	70.4	6	31.6	98	43.4
Muy segura	10	41.7	32	44.4	21	35.6	15	60	6	22.2	9	47.4	93	41.2
Satisfecha con la atención dentro del albergue⁴														
Sí	23	95.8	64	88.9	44	74.6	25	100	25	92.6	19	100	200	88.5
No	1	4.2	8	11.1	15	25.4	0	0	2	7.4	0	0	26	11.5

¹ Un total de 1213 entrevistadas respondió esta pregunta. El resto (N=22) la dejó en blanco.

² Un total de 1211 entrevistadas respondió esta pregunta. El resto (N=24) la dejó en blanco.

³ Pregunta realizada a N=226 entrevistadas que declararon haberse hospedado en albergues. Una entrevistada dejó la pregunta en blanco.

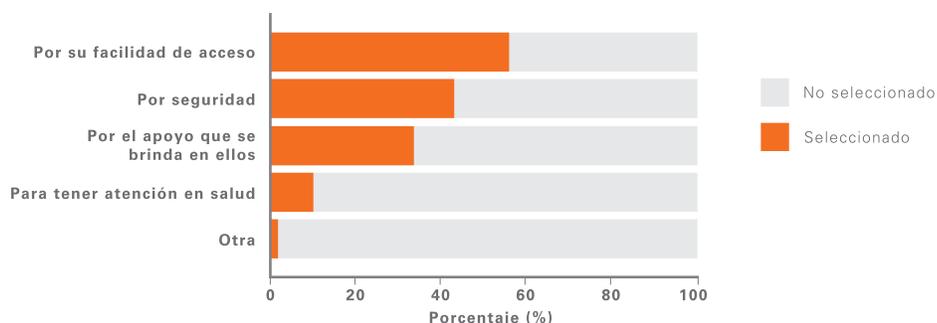
⁴ Pregunta realizada a N=226 entrevistadas que declararon haberse hospedado en albergues. Todas contestaron la pregunta.

* También identificados como refugiados o Casas del Migrante en la encuesta.

Las razones citadas para hospedarse en albergues durante la jornada migratoria se muestran en la Figura 7. Un 55 % de entrevistadas mencionó que la razón fue su facilidad de acceso. La seguridad dentro de ellos también fue determinante, pues

un 43 % mencionó esta razón. El apoyo brindado en ellos y la búsqueda de atención en salud fueron citados en el 33.6 % y el 10.2 % de casos, respectivamente.

Figura 7. Razones para hospedarse en albergues durante la jornada migratoria

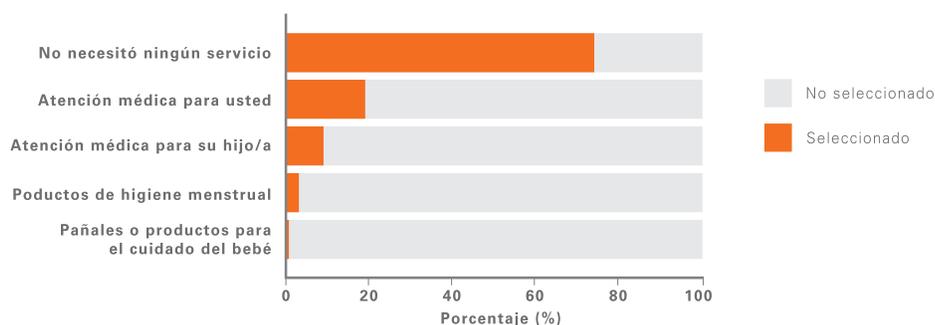


Notas: 1) Gráfico obtenido a partir de preguntas con respuesta múltiple, donde el porcentaje se calcula para cada opción mostrada a la entrevistada. El porcentaje de las opciones no debe sumarse, sino calcularse de manera independiente. 2) Solamente se aplicaron estas preguntas a 226 entrevistadas que reportaron haberse hospedado en albergues durante la jornada migratoria. 3) El porcentaje se calculó dividiendo el número de entrevistadas que dijeron que sí (o seleccionaron la opción) a la pregunta, entre el total de personas que respondió alguna de las opciones (sin dejarlas en blanco).

Entre las que se hospedaron en albergues, aproximadamente tres cuartas partes (o tres de cada cuatro mujeres) declaró no haber tenido alguna necesidad de atención en salud, higiene menstrual o cuidado del (la) bebé. El 19 % declaró haber tenido

necesidades de atención médica y el 9 % tuvo necesidades para su hijo(a) (Figura 8). Entre las que declararon haber tenido alguna necesidad dentro de los albergues, prácticamente la totalidad recibió la atención que necesitó (datos no mostrados).

Figura 8. Necesidades de salud, higiene menstrual y cuidado del bebé durante estancia en albergue



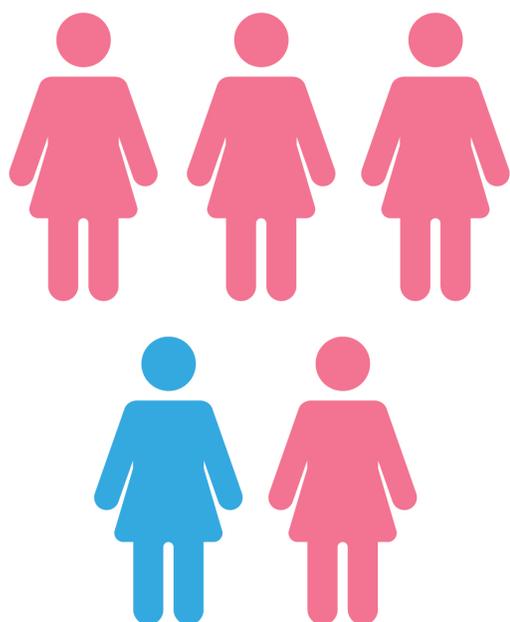
Notas: 1) Gráfico obtenido a partir de preguntas con respuesta múltiple, donde el porcentaje de respuestas se calcula para cada opción mostrada a la entrevistada. El porcentaje de las opciones no debe sumarse, sino calcularse de manera independiente. 2) Solamente se aplicaron estas preguntas a 226 entrevistadas que reportaron haberse hospedado en albergues durante la jornada migratoria. 3) El porcentaje se calculó dividiendo el número de entrevistadas que dijeron que sí (o seleccionaron la opción) a la pregunta, entre el total de personas que respondió alguna de las opciones (sin dejarlas en blanco).



Resultado de la Encuesta sobre Salud Sexual y Reproductiva

Situación en centros de detención

La mayoría de las mujeres entrevistadas estuvo en un centro de detención antes de ser enviada a los centros de recepción. **El 80% de ellas estuvo en un centro de detención mientras que el 20% estuvo en más de uno.**



1 de cada 5

¹mujeres retornadas pudo haber visitado de dos a cuatro centros de detención antes de ser retornada a su país de origen.

¹Un total de 1213 entrevistadas respondió esta pregunta

Percepción de seguridad dentro del centro



Algo segura

41.8%

Ni segura, ni insegura

19.3%

Razón de insatisfacción



Fue maltratada/ignorada por el personal

51.4%

Satisfacción del centro



Si

50.8%

No

49.2%

Centros de detención

En promedio, un 90,5 % de las entrevistadas declaró haber permanecido en algún centro de detención antes del retorno a Honduras (N=1099). Dentro de este grupo, prácticamente la totalidad declaró haberse quedado en uno a dos centros de detención. De la misma manera, prácticamente la totalidad declaró haber permanecido en un centro de detención justo antes de regresar a Honduras (Tabla 9). Los grupos de edad extremos (adolescentes y entrevistadas mayores a 40 años) declararon haberse sentido algo seguras o muy seguras con mayor frecuencia (alrededor del 70 %) dentro de los centros de detención. Solamente una de las entrevistadas del grupo de 25

a 29 años declaró haber recibido una intervención no solicitada en salud sexual y reproductiva. Sin embargo, se documentaron algunos casos donde las entrevistadas no recordaban el hecho, o prefirieron no responder.

De manera notable, las entrevistadas adolescentes declararon estar satisfechas con la atención que recibieron en el centro con mayor frecuencia (63,4 %). En el resto de los grupos, la satisfacción se situó alrededor del 50 %. Las razones citadas por las 541 entrevistadas que no estuvieron satisfechas fueron más frecuentemente atribuibles a la baja calidad del servicio (entre los 15 a 24 años), y a maltrato/indiferencia del personal (a partir de los 25 años en adelante).

Tabla 9. Características de la estadía en centros de detención

Característica	Edad (años)												Total	
	15 a 19		20 a 24		25 a 29		30 a 34		35 a 39		≥40			
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Enviada a centro de detención¹														
Sí	101	90.2	364	91.5	255	89.5	156	91.8	115	88.5	108	91.5	1099	90.6
No	11	9.8	33	8.3	29	10.2	14	8.2	14	10.8	10	8.5	111	9.2
No recuerda	0	0	1	0.3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.1
Prefiere no responder	0	0	0	0	1	0.4	0	0	1	0.8	0	0	2	0.2
Cantidad de centros a los que fue enviada²														
1	75	74.3	296	81.3	213	83.5	128	82.1	92	80	70	64.8	874	79.5
2	24	23.8	55	15.1	38	14.9	22	14.1	22	19.1	29	26.9	190	17.3
3 a 4	2	2	12	3.3	4	1.6	6	3.8	1	0.9	9	8.3	34	3.1
5 a 9	0	0	1	0.3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.1
Última vez que estuvo en un centro de detención³														
Justo antes de regresar a su país	101	100	363	99.7	253	100	156	100	114	99.1	106	98.1	1093	99.6
Hace un mes	0	0	1	0.3	0	0	0	0	1	0.9	2	1.9	4	0.4
Percepción de seguridad dentro del centro³														
Muy insegura	4	4	32	8.8	31	12.2	17	11	14	12.2	3	2.8	101	9.2
Algo insegura	10	9.9	32	8.8	30	11.8	15	9.7	13	11.3	6	5.6	106	9.7
Ni segura ni insegura	16	15.8	81	22.3	43	16.9	31	20	17	14.8	24	22.2	212	19.3
Algo segura	43	42.6	140	38.6	104	40.8	69	44.5	52	45.2	50	46.3	458	41.8
Muy segura	28	27.7	78	21.5	47	18.4	23	14.8	19	16.5	25	23.1	220	20.1

Recibió intervención no deseada/necesitada en SSR⁴														
Sí	0	0	0	0	1	0,4	0	0	0	0	0	0	1	0,1
No	101	100	362	99,7	252	98,8	155	99,4	115	100	107	99,1	1092	99,5
No recuerda	0	0	1	0,3	2	0,8	1	0,6	0	0	0	0	4	0,4
Prefiere no responder	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,9	1	0,1
Satisfecha con la atención en el centro²														
Sí	64	63,4	180	49,5	123	48,2	84	53,8	58	50,4	49	45,4	558	50,8
No	37	36,6	184	50,5	132	51,8	72	46,2	57	49,6	59	54,6	541	49,2
Razón de insatisfacción⁵														
La calidad del servicio era baja	20	54,1	92	50	58	43,9	32	44,4	26	45,6	23	39	251	46,4
Fue maltratada/ignorada por el personal	17	45,9	88	47,9	69	52,3	38	52,7	31	54,4	35	59,3	278	51,4
El material era insuficiente	0	0	2	1,1	4	3	1	1,4	0	0	1	1,7	8	1,5
Otra	0	0	2	1,1	1	0,8	1	1,4	0	0	0	0	4	0,7

¹ Un total de 1213 entrevistadas respondió esta pregunta. El resto (N=22) la dejó en blanco.

² Pregunta realizada a N=1099 entrevistadas que declararon haber sido enviadas a centros de detención. Todas respondieron la pregunta.

³ Pregunta realizada a N=1099 entrevistadas que declararon haber sido enviadas a centros de detención. N=2 la dejaron en blanco.

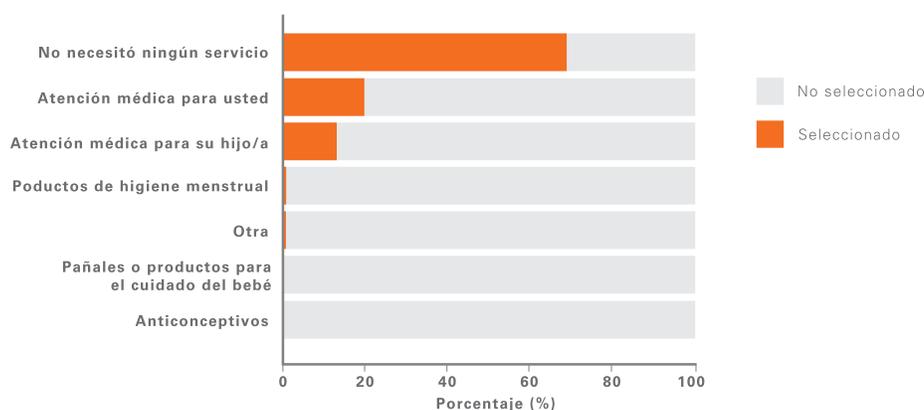
⁴ Pregunta realizada a N=1099 entrevistadas que declararon haber sido enviadas a centros de detención. N=1 la dejó en blanco.

⁵ Pregunta realizada a N=541 entrevistadas que declararon haber sido enviadas a centros de detención e insatisfacción con la atención recibida. Todas respondieron la pregunta.

De las entrevistadas que declararon haber permanecido en algún centro de detención previo a su retorno, el 68 % no necesitó

ningún servicio mientras estuvo retenida. Un 20 % declaró haber necesitado atención médica para ella y un 13 %, para su hijo(a).

Figura 9. Necesidades de salud, salud sexual y reproductiva, higiene menstrual y cuidado del bebé durante estancia en centro de detención



Notas: 1) Gráfico obtenido a partir de preguntas con respuesta múltiple, donde el porcentaje se calcula para cada opción mostrada a la entrevistada. El porcentaje de las opciones no debe sumarse, sino calcularse de manera independiente. 2) Solamente se aplicaron estas preguntas a 1099 entrevistadas que reportaron haber permanecido en centros de detención previo a su retorno a Honduras. 3) El porcentaje se calculó dividiendo el número de entrevistadas que dijeron que sí (o seleccionaron la opción) a la pregunta, entre el total de personas que respondió alguna de las opciones (sin dejarlas en blanco).



DISCRIMINACIÓN Y VIOLENCIA EXPERIMENTADAS DURANTE EL TRÁNSITO

Esta sección aborda aspectos de especial relevancia en cuanto situaciones de discriminación y violencia experimentadas por las mujeres migrantes hondureñas durante el tránsito. También se exploraron las consecuencias que estas experiencias pudieron haber tenido en el estado de salud y el acceso a servicios de las entrevistadas.

Discriminación

La percepción de discriminación fue menor entre los grupos de edad más jóvenes, y alcanza su valor máximo entre los 25 y 34 años (Tabla 10). De las entrevistadas que percibieron

discriminación en algún punto de la jornada migratoria y por ello les fue negado algún derecho (N=368) como la salud, por ejemplo, el máximo reporte ocurrió entre los 30 a 34 años (55.6 %). El grupo de edad adolescente reportó con menor frecuencia esta situación.

Al preguntar sobre las causas percibidas de la discriminación, el 90 % declaró que la nacionalidad fue el motivo. El 10 % declaró que el sexo, junto con la apariencia física. En un porcentaje ligeramente menor a los dos anteriores (alrededor del 8 %) se mencionó el tono de piel, la edad y el acento al hablar (Figura 10).

Tabla 10. Percepción de discriminación y sus implicaciones durante la jornada migratoria

Característica	Edad (años)												Total	
	15 a 19		20 a 24		25 a 29		30 a 34		35 a 39		≥40			
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Percibió discriminación durante la jornada migratoria¹														
Sí	22	19.6	96	24.1	106	37.2	63	36.6	44	33.8	37	31.4	368	30.3
No	90	80.4	302	75.9	179	62.8	109	63.4	86	66.2	81	68.6	847	69.7
Sintió que le fueron negados derechos básicos por discriminación²														
Sí	5	22.7	38	39.6	44	41.5	35	55.6	17	39.5	11	29.7	150	40.9
No	17	77.3	58	60.4	62	58.5	28	44.4	26	60.5	26	70.3	217	59.1

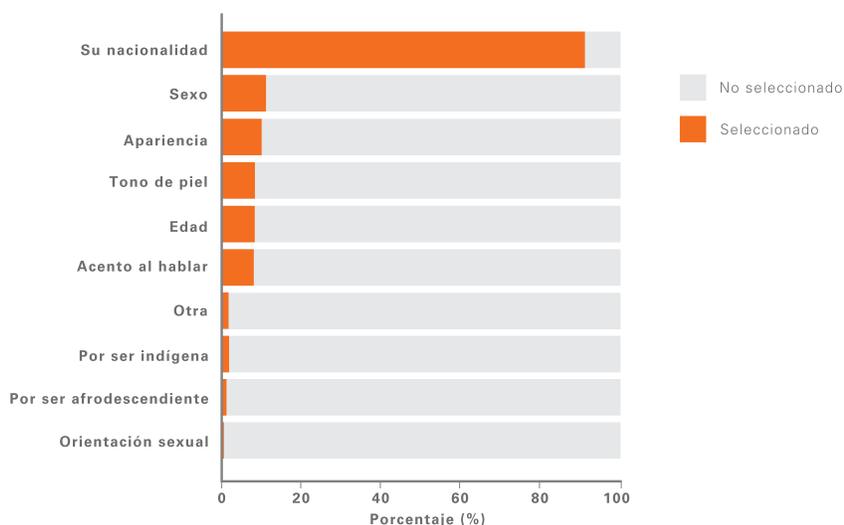
¹ Un total de 1215 entrevistadas respondió esta pregunta. El resto (N=20) la dejó en blanco.

² Pregunta realizada a N=368 entrevistadas que declararon haber percibido discriminación en algún punto de la jornada migratoria. Todas respondieron la pregunta.

Al preguntar sobre las causas percibidas de la discriminación, el 90 % declaró que la nacionalidad fue el motivo. El 10 % declaró que el sexo, junto con la apariencia física.

En un porcentaje ligeramente menor a los dos anteriores (alrededor del 8 %) se mencionó el tono de piel, la edad y el acento al hablar (Figura 10).

Figura 10. Razón de discriminación percibida por las encuestadas

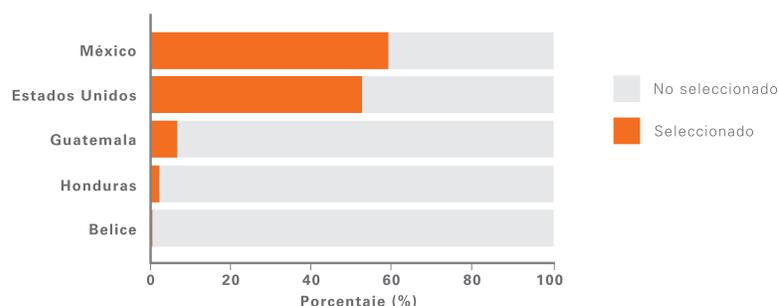


Notas: 1) Gráfico obtenido a partir de preguntas con respuesta múltiple, donde el porcentaje se calcula para cada opción mostrada a la entrevistada. El porcentaje de las opciones no debe sumarse, sino calcularse de manera independiente. 2) Solamente se aplicaron estas preguntas a 368 entrevistadas, quienes reportaron haber percibido discriminación en algún punto de la jornada migratoria. 3) El porcentaje se calculó dividiendo el número de entrevistadas que dijeron que sí (o seleccionaron la opción) a la pregunta, entre el total de personas que respondió alguna de las opciones (sin dejarlas en blanco).

Atendiendo al país donde se percibió discriminación, México y Estados Unidos fueron los más mencionados, con un 59 % y 52 %, respectivamente, mientras que el

resto de los países de tránsito tuvieron menor proporción de ocurrencia de este evento.

Figura 11. País donde las entrevistadas declararon haber percibido discriminación



Notas: 1) Gráfico obtenido a partir de preguntas con respuesta múltiple, donde el porcentaje de respuestas se calcula para cada opción mostrada a la entrevistada. El porcentaje de las opciones no debe sumarse, sino calcularse de manera independiente. 2) Solamente se aplicaron estas preguntas a 368 entrevistadas que reportaron haber percibido discriminación en algún punto de la jornada migratoria. 3) El porcentaje se calculó dividiendo el número de entrevistadas que dijeron que sí (o seleccionaron la opción) a la pregunta, entre el total de personas que respondió alguna de las opciones (sin dejarlas en blanco).

Violencia

La experiencia de violencia ocurrió en un 8.4 % (N=102) en promedio para todos los grupos de edad (Tabla 11). Entre las que reportaron haber sufrido violencia, tres de cada cuatro mencionaron haber sufrido violencia verbal, un 20 % mencionó violencia física y un 9 %, violencia sexual (Panel A, Figura 12). Más del 42 % mencionó que algún guardia en control migratorio fue el perpetrador de la violencia, seguidos de oficiales de policía (20.5 %) y desconocidos (15 %) (Panel B, Figura 12). Más de la mitad mencionó haber experimentado la violencia en algún centro de deportación, y un 11 % mencionó haber sufrido violencia en espacios abiertos. Aproximadamente el 8 % mencionó haber sufrido violencia en el transporte público, refugios u otros espacios cerrados (Panel C, Figura 12). México y Estados Unidos fueron los países donde las encuestadas mencionaron más frecuentemente haber sufrido violencia (Panel D, Figura 12). La prevalencia del reporte de violencia alcanzó su valor máximo (11.6 %) entre los 30 a 34 años, y el

mínimo (6.8 %) en mujeres de 40 años y más (Tabla 11). La búsqueda de ayuda luego de experimentar violencia fue poco frecuente también (Tabla 11).

Dentro del subconjunto de las encuestadas con alguna consecuencia causada por la violencia experimentada durante la jornada migratoria (N=48), las de 40 y más años contestaron afirmativamente con mayor frecuencia (62.5 %, N=5), seguidas del grupo entre 35 a 39 (53.8 %, N=7) y 25 a 29 años (48.1 %, N=13). Dentro de este mismo subconjunto, no se reportó, en general, la ocurrencia de cambios en los planes de la jornada migratoria como consecuencia de la violencia. Sin embargo, en el grupo de edad de 40 años y más, un 60 % (N=3) declaró que tuvo que regresar a su país de origen (Tabla 11). Los problemas de salud mental fueron la consecuencia más frecuentemente mencionada (85 %), seguidos por las heridas internas (9 %). Una entrevistada declaró haber quedado embarazada y otra, haber desarrollado una enfermedad de transmisión sexual como consecuencia de la violencia experimentada (Panel E, Figura 12).



Resultado de la Encuesta sobre Salud Sexual y Reproductiva

Discriminación y violencia

90%

de las personas con diferente nacionalidad percibieron discriminación

+42%

mencionó que algún guardia en control migratorio fue el perpetrador de la violencia.

85%

Experimentaron problemas de salud mental a causa de la violencia experimentada

41%

sintió que le fueron negados sus derechos básicos por discriminación.

93%

No buscó ayuda luego de haber experimentado violencia

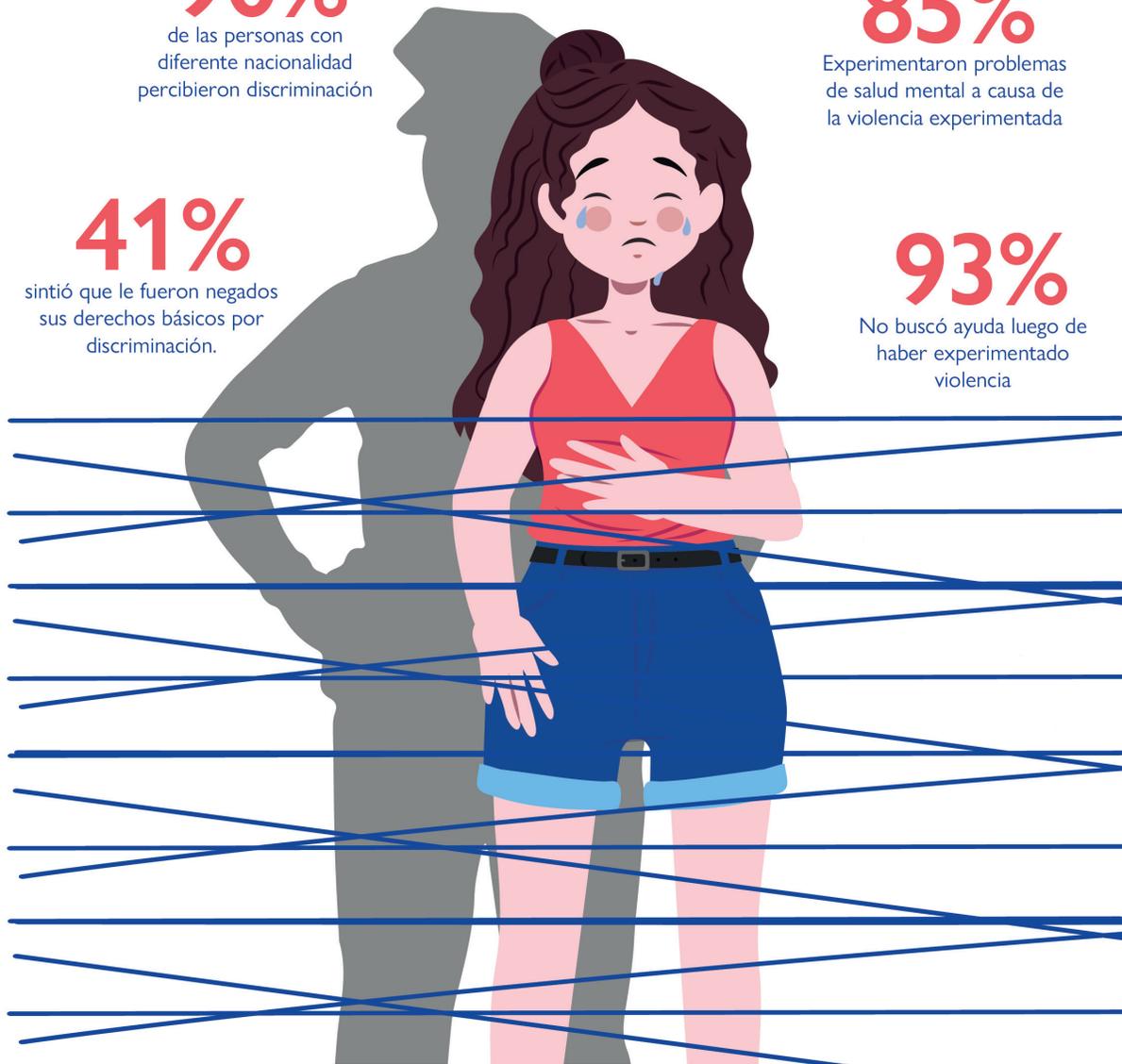


Tabla II. Reporte de violencia y sus consecuencias

Característica	Edad (años)												Total	
	15 a 19		20 a 24		25 a 29		30 a 34		35 a 39		≥40			
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Experimentó violencia durante la jornada migratoria¹														
Sí	8	7.1	26	6.6	27	9.4	20	11.6	13	10	8	6.8	102	8.4
No	104	92.9	369	93.4	259	90.6	152	88.4	117	90	110	93.2	1111	91.6
Tuvo alguna consecuencia a causa de la violencia²														
Sí	3	37.5	13	50	13	48.1	7	35	7	53.8	5	62.5	48	47.1
No	5	62.5	13	50	14	51.9	13	65	6	46.2	3	37.5	54	52.9
Hizo algún cambio en la planeación de la jornada migratoria luego de experimentar violencia³														
Tuvo que regresar a casa	0	0	2	16.7	0	0	0	0	1	14.3	3	60	6	12.8
No, no hubo cambios en sus planes	3	100	8	66.7	13	100	6	85.7	6	85.7	1	20	37	78.7
Otro	0	0	2	16.6	0	0	1	14.3	0	0	1	20	4	8.5
Buscó ayuda para solucionar los problemas causados por la violencia²														
Sí	0	0	2	7.7	2	7.4	1	5	1	7.7	1	12.5	7	6.9
No	8	100	24	92.3	25	92.6	19	95	12	92.3	7	87.5	95	93.1

¹ Un total de 1215 entrevistadas respondió esta pregunta. El resto (N=20) la dejó en blanco.

² Pregunta realizada a N=102 entrevistadas que declararon haber sufrido violencia en algún punto de la jornada migratoria. Todas respondieron la pregunta.

³ Pregunta realizada a N=48 entrevistadas que declararon haber tenido consecuencias luego de experimentar violencia en algún punto de la jornada migratoria. N=1 dejó la pregunta en blanco.

Figura 12. Aspectos diversos de la experiencia de violencia durante la jornada migratoria

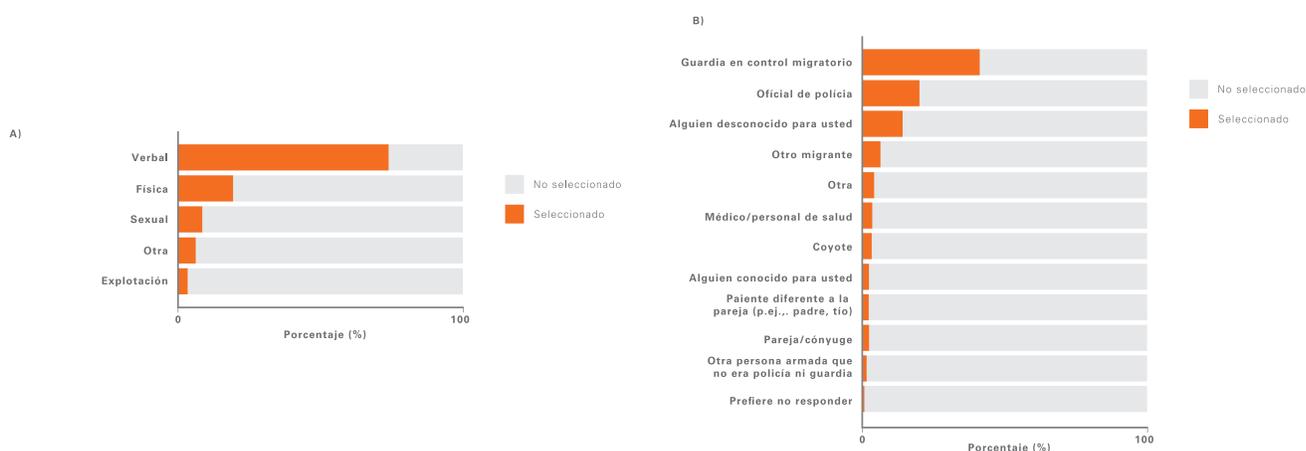
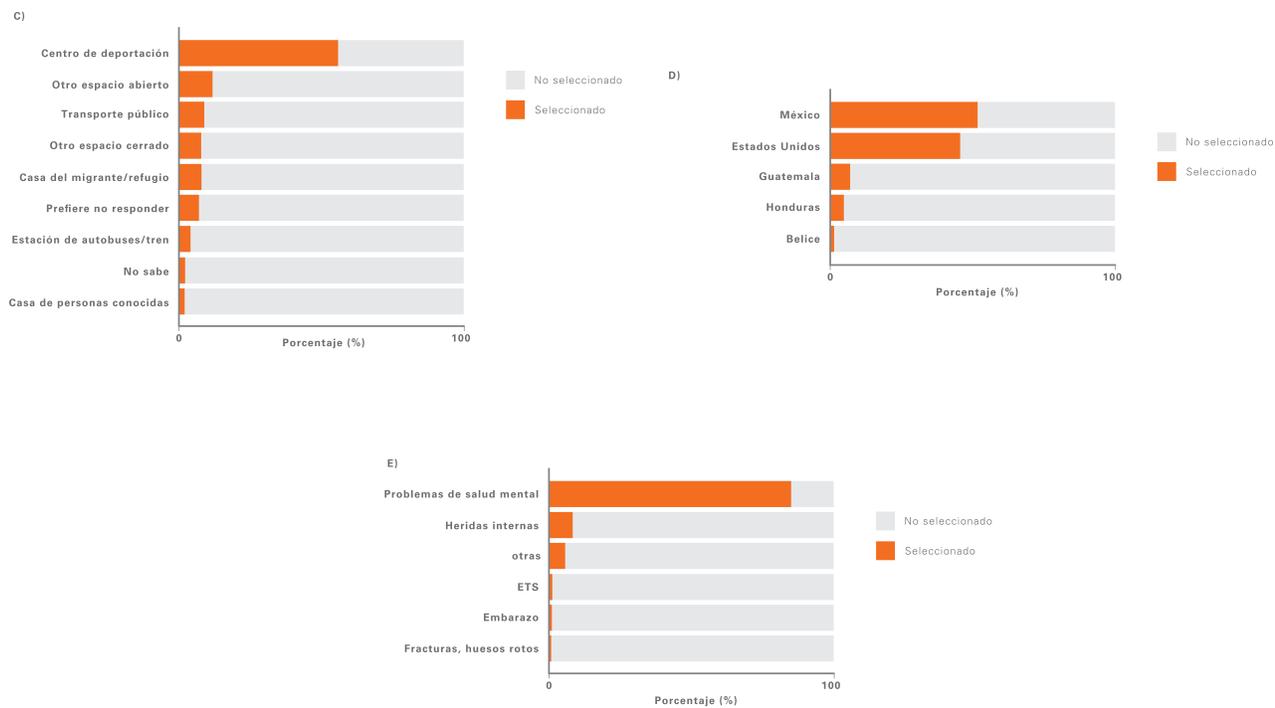


Figura 12. Aspectos diversos de la experiencia de violencia durante la jornada migratoria



Notas: 1) **Panel A:** Tipo de violencia experimentada. **Panel B:** Identificación del perpetrador de violencia. **Panel C:** Lugar donde fue experimentada la violencia. **Panel D:** País donde fue experimentada la violencia. **Panel E:** Especificación de las consecuencias sufridas luego de la experiencia de violencia. 2) Gráfico obtenido a partir de preguntas con respuesta múltiple, donde el porcentaje se calcula para cada opción mostrada a la entrevistada. El porcentaje de las opciones no debe sumarse, sino calcularse de manera independiente. 3) Las preguntas en los paneles **A-D** se aplicaron a 102 entrevistadas que declararon haber sufrido violencia en algún punto de la jornada migratoria. Las preguntas en el panel **E** se aplicaron a 48 entrevistadas que declararon haber tenido consecuencias luego de experimentar violencia en algún punto de la jornada migratoria. 4) El porcentaje se calculó dividiendo el número de entrevistadas que dijeron que sí (o seleccionaron la opción) a la pregunta, entre el total de personas que respondió alguna de las opciones (sin dejarlas en blanco). 5) En el panel **A**, la violencia física puede implicar golpes, patadas, cachetadas, cortes, moretones. La violencia verbal puede implicar humillaciones, ridiculización o menosprecio. La sexual puede implicar besos, tocamientos, exponer partes de su cuerpo, o relaciones sexuales forzadas. 6) En el panel **E**, ETS significa "enfermedad de transmisión sexual".



RESULTADOS DE EL SALVADOR

Necesidades de salud y barreras en salud sexual y reproductiva de las mujeres salvadoreñas

A continuación, se presentan tabulados básicos para El Salvador (ES) en todos los rubros abordados para el caso hondureño, con excepción de embarazos, controles prenatales y partos ocurridos durante la jornada migratoria, así como violencia sexual, pues no se reportaron casos. La descripción del bajo tamaño de la muestra analítica para ES (N=65) pretende mostrar la capacidad del cuestionario ReGHID para caracterizar el perfil de las migrantes salvadoreñas en una variedad de indicadores que inciden en su bienestar. Actualmente se está preparando el levantamiento de datos con una muestra más amplia.

En esta sección se presentan tabulados univariados, sin incluir gráficos ni tabulados multivariados. Cuando hubo resultados interesantes en las preguntas de opción múltiple

relativas al tema descrito, se hizo una anotación sobre ello al pie de la tabla correspondiente. Debe recordarse que, en las preguntas de opción múltiple, cada respuesta puede tener un porcentaje que va de cero al 100 %.

Perfil sociodemográfico

La muestra analítica, que estuvo compuesta principalmente de mujeres entre 20 a 24 años (N=23, 35.4 %), reportó tener predominantemente escolaridad de nivel básico (N=41, 64.1 %), seguida de secundaria (N=17, 27 %). La prevalencia de encuestadas que reportaron no tener pareja al momento de la encuesta o antes de la jornada migratoria fue prácticamente la misma, con 52.3 % y 50.8 %, respectivamente. Los departamentos de Usulután (15.4 %), Morazán (13.8 %), San Miguel (13.8 %) y San Salvador (12.3 %) fueron los principales lugares de nacimiento reportados por las encuestadas. Véase la Tabla 12.

Tabla 12. Perfil sociodemográfico de migrantes retornadas salvadoreñas

Indicador	Cantidad	Porcentaje (%)
Edad (años)		
15 a 19	14	21.5
20 a 24	23	35.4
25 a 29	14	21.5
30 a 34	14	21.5
Escolaridad¹		
Preescolar	4	6.3
Básica	41	64.1
Secundaria	17	26.6
Superior	2	3.1
Estado civil Previo a la jornada migratoria		
No tenía pareja	33	50.8
Tenía cónyuge/pareja y vivía con él/ella	29	44.6
Tenía cónyuge/pareja pero no vivía con él/ella	3	4.6
Actual		
No tiene cónyuge o pareja	34	52.3
Tiene cónyuge/pareja y vive con él/ella	28	43.1
Tiene cónyuge/pareja pero no vive con él/ella	3	4.6

Situación laboral		
Antes de la jornada migratoria I		
No	35	54.7
Trabajaba (a tiempo parcial, o completo)	29	45.3
Durante la jornada migratoria		
No trabajaba	65	100.0
Lugar de nacimiento (departamento)		
Usulután	10	15.4
Morazán	9	13.8
San Miguel	9	13.8
San Salvador	8	12.3
La Paz	7	10.8
Cabañas	5	7.7
Sonsonate	5	7.7
La Unión	4	6.2
Chalatenango	4	6.2
La Libertad	2	3.1
Ahuachapán	1	1.5
San Vicente	1	1.5

¹ La suma de estas categorías no alcanza el valor de la muestra total (N= 65) cuando la pregunta fue dejada en blanco.

Características de la jornada migratoria

Prácticamente la totalidad de encuestadas reportó ser migrante por primera vez (N=63, 97 %), y la mayor parte (N=43, 66 %) declaró que su jornada migratoria duró de 21 a 60 días. Dos de tres reportaron que llegaron por último a Estados Unidos (N=44), mientras que el resto reportó haber llegado hasta México. En contraste, prácticamente todas las encuestadas declararon que el

último país al que pretendían llegar era Estados Unidos (N=64, 98.5 %) y, en la misma proporción, declararon haber retornado por deportación a El Salvador. Cuatro de cada cinco no recibieron información al momento de su detención.

Cuatro de cada cinco declararon haber viajado acompañadas (N=53, 81.5 %) y, de ellas, nueve de cada diez (N=49, 92.5 %) viajaron acompañadas de sus hijas(os). Véase la Tabla 13.



Tabla 13. Perfil migratorio de migrantes retornadas salvadoreñas

Indicador	Cantidad	Porcentaje (%)
Migrante por primera vez		
Primera vez	63	96.9
Había migrado antes	2	3.1
Último país al que pudo llegar		
Estados Unidos	44	67.7
México	21	32.3
País al que pretendía llegar		
Estados Unidos	64	98.5
México	1	1.5
Contrató pollero/coyote		
Sí	52	80.0
No	12	18.5
No lo sabe	1	1.5
Motivo del retorno		
Deportación	64	98.5
Retorno voluntario	1	1.5
Información recibida en la detención o retorno al país de origen		
Sí	11	16.9
No	54	83.1
Duración de la jornada migratoria (días)		
11 a 20	18	27.7
21 a 30	26	40.0
31 a 60	17	26.2
>= 61	4	6.2
Viajó sola		
Sí	12	18.5
No	53	81.5
Viajó acompañada de hijas(os)¹		
Sí	49	92.5
No	4	7.5

¹ Pregunta realizada solamente a las encuestadas que declararon no viajar solas (N=53).

Datos no mostrados: 1) Al preguntar sobre el medio de transporte utilizado, todas las encuestadas mencionaron que utilizaron un medio de transporte terrestre. Todas utilizaron autobús/camioneta (N=65) y nueve mencionaron haberse transportado en tráileres o camiones de carga. 2) Entre las razones para emigrar, las encuestadas respondieron en un 74 % de los casos que lo hacían por trabajo (N=48). Un 29 % (N=19) dio una razón relacionada con la violencia (inseguridad, amenazas de pandillas o grupos criminales, intrafamiliar, acoso sexual). Un 20 % (N=13) mencionó la reunificación con familiares y un 17 % mencionó que emigraba para estudiar (N=11). 3) Un 93 % de las encuestadas (N=59) mencionó que no buscó información sobre las condiciones de vida o estancia regular en el país al que pretendía llegar.



Período en la jornada migratoria



Previo a la jornada

78.5%



Durante la jornada

2 de cada 3



HIGIENE MENSTRUAL

El 78.5 % de las encuestadas declaró haber tenido su menstruación en los días o semanas previos a la encuesta. Dos de cada tres (N=43) tuvieron su menstruación durante la jornada migratoria. Entre ellas, todas declararon haber usado toallas sanitarias desechables durante su período menstrual, traídas desde casa en un 81.4 % de los casos (N=35), o

conseguidas en albergues (N=6, 14 %). Entre las encuestadas que declararon no haber tenido su menstruación durante la jornada migratoria (N=22), el uso de anticonceptivos (N=13, 59 %) y la asincronía con la jornada migratoria (N=3, 13.6 %) fueron las razones más mencionadas para no haberla tenido durante el tránsito. Véase la Tabla 14.

Tabla 14. Salud menstrual

Indicador	Cantidad	Porcentaje (%)
Última menstruación		
Días	28	43.1
Semanas	23	35.4
Meses	8	12.3
Años	5	7.7
No sabe / no responde	1	1.5
Período en la jornada migratoria		
Sí	43	66.2
No	22	33.8
Razón por la que no tuvo su período en la jornada migratoria¹		
Usa un método anticonceptivo para evitar embarazo	13	59.1
Otra razón	5	22.7
No era la fecha de su período	3	13.6
Embarazo o lactancia	1	4.5
Producto de higiene menstrual más usado durante la jornada migratoria²		
Toallas sanitarias desechables	43	100.0

Forma de obtener el producto²		
Lo trajo desde casa	35	81.4
Lo consiguió/fue proporcionado en el albergue/Casa del Migrante	6	14.0
Lo consiguió/fue proporcionado en el centro de detención/deportación	1	2.3
Lo compró en algún comercio	1	2.3
Pudo encontrar su producto preferido durante el tránsito²		
Sí	42	97.7
No	1	2.3
Satisfacción con el producto utilizado durante el tránsito²		
Sí	43	100.0

¹ Pregunta realizada solamente a las que reportaron no haber tenido su período menstrual durante la jornada migratoria (N=22).

² Pregunta realizada solamente a las que reportaron haber tenido su período menstrual durante la jornada migratoria (N=43).

Datos no mostrados: 1) Al preguntar sobre el acceso a productos de higiene o condiciones para el aseo de las entrevistadas que declararon haber tenido su período menstrual durante la jornada migratoria (N=43), el 93 % (N=40) contestó haber podido acceder a agua potable y jabón para el aseo. El 86 % (N=37) declaró que tuvo acceso a una habitación privada para asearse.

Entre ellas, todas declararon haber usado toallas sanitarias desechables durante su período menstrual,

Formas de obtener el producto



Lo consiguió/ fue proporcionado en el albergue/ casa del migrante

6(14%)



Lo trajo desde casa

35(81.4%)



Lo compró en algún comercio

1(2.3%)



Lo consiguió / fue proporcionado en el centro de detención

1(2.3%)

Porcentaje de razones por las que no tuvieron la menstruación durante la jornada



Usa método anticonceptivo

13(59%)



No era la fecha del período

3(13.6%)





HISTORIA REPRODUCTIVA

Nueve de cada diez entrevistadas declararon haber estado alguna vez embarazadas (N=52, 90 %), teniendo todas ellas al menos una hija(o) nacida(o) viva(o) alguna vez, y en un 6 % de casos

(N=3) habiendo experimentado alguna pérdida o interrupción del embarazo. No se reportaron casos de embarazos ocurridos durante la jornada migratoria. Ver la Tabla 15.

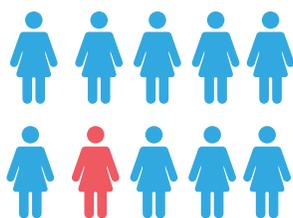
Tabla 15. Historia reproductiva

Indicador	Cantidad	Porcentaje (%)
Alguna vez embarazada¹		
Sí	52	89.7
No	6	10.3
Ha tenido algún(a) hijo(a) vivo(a) alguna vez²		
Sí	52	100.0
Ha tenido algún(a) hijo(a) nacido(a) muerto(a) alguna vez²		
No	49	94.2
Sí	3	5.8
Pérdidas o interrupciones del embarazo (voluntaria o involuntaria)²		
No	49	94.2
Sí	3	5.8
Deseo de embarazo (más reciente o todos los anteriores)²		
Quería embarazarse	45	86.5
Quería esperar más tiempo	4	7.7
No quería embarazarse	3	5.8
Embarazada durante la jornada migratoria²		
No	52	100.0

¹ Siete entrevistadas dejaron la pregunta en blanco.

² Pregunta realizada a las 52 entrevistadas que declararon haber estado embarazadas alguna vez.

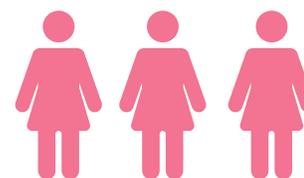
Datos no mostrados: Entre las encuestadas que declararon haber tenido un(a) hijo(a) vivo(a) alguna vez (N=52), la paridad mediana fue de un(a) hijo(a), y la máxima fue de tres.



9 de cada 10
entrevistadas
declararon haber
estado alguna vez
embarazadas
(N=52, 90%).

6%

Declaró haber
experimentado
alguna pérdida o
interrupción del
embarazo (N=3).





DISCRIMINACIÓN Y VIOLENCIA EXPERIMENTADAS DURANTE EL TRÁNSITO

Seis de cada diez encuestadas percibieron discriminación de algún tipo durante la jornada migratoria (N=39) y, entre ellas, cuatro de cada diez declararon esto como barrera para acceder a derechos básicos (por ejemplo, salud). Véase la Tabla 16.

Un 9 % (N=6) de las entrevistadas declaró haber experimentado alguna forma de violencia durante su tránsito, principalmente del tipo verbal (N=5, 83 %) y perpetrada por oficiales de policía (N=5, 83 %) y guardias en controles

migratorios (N=5, 83 %). Es interesante notar que el ámbito más frecuentemente mencionado para la ocurrencia de violencia fueron los albergues (N=4, 66.7 %). Entre las que declararon haber sufrido violencia, dos de cada tres (N=4) mencionaron que tuvieron alguna consecuencia a causa de ello. La mitad de las encuestadas que declaró haber sufrido violencia no buscó ayuda para solucionar los problemas acarreados por esta. Véase la Tabla 16.

Tabla 16. Discriminación y violencia

Indicador	Cantidad	Porcentaje (%)
Percibió discriminación durante la jornada migratoria¹		
No	39	60.9
Sí	25	39.1
Sintió que le fueron negados derechos básicos por discriminación²		
No	14	56.0
Sí	11	44.0
Experimentó violencia durante la jornada migratoria¹		
No	58	90.6
Sí	6	9.4
Tuvo alguna consecuencia a causa de la violencia³		
Sí	4	66.7
No	2	33.3
Hizo algún cambio en la planeación de la jornada migratoria luego de experimentar violencia⁴		
Tuvo que regresar a casa	3	75.0
Otro	1	25.0
Buscó ayuda para solucionar los problemas causados por la violencia³		
No	3	50.0
Sí	3	50.0

¹ Una entrevistada dejó en blanco la pregunta.

² Pregunta realizada a N=25 entrevistadas que declararon haber percibido discriminación en algún punto de la jornada migratoria. Todas respondieron la pregunta.

³ Pregunta realizada a N=6 entrevistadas que declararon haber experimentado violencia en algún punto de la jornada migratoria.

⁴ Pregunta realizada a N=4 entrevistadas que declararon haber tenido consecuencias luego de experimentar violencia en algún punto de la jornada migratoria.

Datos no mostrados: 1) La nacionalidad (N=22, 88 %) y el acento al hablar (N=5, 20 %) fueron las dos razones más mencionadas entre las que reportaron haber percibido discriminación (N=25). Estados Unidos (N=20, 80 %) fue el lugar donde las encuestadas declararon haber sufrido más discriminación. 2) Entre las que reportaron haber sufrido algún tipo de violencia (N=6), la más frecuentemente reportada fue verbal (N=5, 83.3 %). Entre los perpetradores, los más mencionados fueron los oficiales de policía (N=5, 83.3 %) y guardias en control migratorio (N=5, 83.3 %). El lugar donde se reportó haber sufrido violencia más frecuentemente fueron los albergues (N=4, 66.67 %).



AUTOPERCEPCIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD

El estado de salud autorreportado por la mitad de encuestadas resultó afectado por la jornada migratoria (N=33), mientras que el estado anímico de cuatro de cada diez (N=25) se vio afectado negativamente. Véase la Tabla 17.

Las encuestadas declararon una merma de salud considerable como consecuencia de las etapas de la jornada migratoria

(inicio, tránsito, final). Mientras que al inicio ninguna encuestada declaró mala o muy mala salud, un 4.8 % (N=3) y 28.6 % (N=18), respectivamente, se declararon en estos estados de salud hacia el final. El reporte de buena salud no varió entre etapas. El declive del reporte de muy buena salud fue notorio, pasando del 50 % (N=32) al inicio de la jornada, al 5 % (N=3) hacia el final (datos no mostrados en la tabla).

Tabla 17. Impacto de la jornada migratoria en el estado de salud general y mental

Indicador	Cantidad	Porcentaje (%)
Estado de salud afectado por las experiencias de sus jornadas migratorias¹		
Sí	33	52.4
No	30	47.6
Las experiencias de las jornadas migratorias afectaron su estado de ánimo¹		
No	22	34.9
Sí, negativamente	25	39.7
Sí, positivamente	16	25.4
Grado de afectación del estado de ánimo²		
Poco	4	9.8
Regular	10	24.4
Mucho	27	65.9

¹ Dos entrevistadas dejaron la pregunta en blanco.

² Pregunta realizada solamente a las que declararon que la jornada migratoria les afectó el estado de ánimo (positiva o negativamente, N=41).

Un 42 % de las encuestadas (N=27) declararon que ellas o su hija(o) tuvo alguna necesidad de salud y, de ellas, nueve de cada diez (N=24) acudieron al servicio correspondiente. La mayor parte de este subconjunto (N=20, 83 %) declaró que la atención le fue brindada en una Casa del Migrante. La distancia a estos recintos (N=11, 46 %) fue la razón más mencionada

para haber buscado atención en ellos. A pesar de que la mayoría de encuestadas declaró que su necesidad de salud fue resuelta luego de recibir atención en una Casa del Migrante (58.3 %), dicha necesidad no fue satisfecha o fue solo parcialmente satisfecha en el resto de los casos (41.7 %). Véase la Tabla 18.



4 de cada 10

sintió que le fueron afectados negativamente en su salud física

Las encuestadas declararon una merma de salud considerable como consecuencia de las etapas de la jornada migratoria.



50%

al inicio de la jornada declaró tener buena salud



5%

al final de la jornada declaró tener buena salud

En contraste se declararon en estados de mala y muy mala salud hacia el final del tránsito.



4.8%

indicaron una mala salud al final de la jornada



28.6%

indicaron una muy mala salud al final de la jornada

Necesidades, búsqueda y acceso a servicios de atención en salud



Un 42% de las encuestadas (N=27) declaró que ella o su hija/o tuvo alguna necesidad de salud, y entre ellas, nueve de cada diez (N=24) acudieron al servicio correspondiente.



La mayor parte de este subconjunto (N=20, 83%) declaró que la atención le fue brindada en una Casa del migrante. La distancia a estos recintos (N=11, 46%) fue la razón más mencionada para haber buscado atención en ellos.



A pesar de que la mayoría de encuestadas declaró que su necesidad de salud fue resuelta luego de recibir atención en una Casa del migrante (58.3%), esta no fue satisfecha, o solo parcialmente satisfecha, en el resto de casos (41.7%).



De las cuatro encuestadas que declararon no haber buscado atención ante una necesidad de salud, el 75% mencionó el hecho de ser migrante irregular como la razón para no hacerlo (N=3).



Tabla 18. Necesidades, búsqueda y acceso a servicios de atención en salud

Indicador	Cantidad	Porcentaje (%)
Necesidad de atención médica (entrevistada o hijo/a)¹		
No	37	57.8
Sí	27	42.2
Buscó atención para resolver esta necesidad²		
Sí	23	85.2
No	4	14.8
Acudió a algún servicio para recibir atención²		
Sí	24	88.9
No	3	11.1
Razón por la que no buscó algún servicio³		
Por ser indocumentada	3	75.0
Dificultad de acceso	1	25.0
Servicio de salud donde fue atendida⁴		
Casa del Migrante	20	83.3
Centro de salud/hospital público/hospital privado	3	12.5
Hogar	1	4.2
Razón por la que acudió al servicio donde fue atendida⁴		
Era el más cercano	11	45.8
Otra	9	37.5
Fue el que le recomendaron	3	12.5
Tenía la atención médica que ella necesitaba	1	4.2
Necesidad de salud resuelta⁴		
Sí	14	58.3
No	9	37.5
Parcialmente	1	4.2

¹ Una encuestada dejó la pregunta en blanco.

² Pregunta realizada a las 27 entrevistadas que declararon haber experimentado alguna necesidad de salud durante la jornada migratoria.

³ Pregunta realizada a las cuatro entrevistadas que declararon no haber acudido a algún servicio de salud, a pesar de haber experimentado la necesidad.

⁴ Pregunta realizada a las 24 entrevistadas que declararon haber acudido a algún servicio de salud cuando experimentaron alguna necesidad.

Datos no mostrados: de las entrevistadas que declararon haber tenido necesidades de atención médica durante la jornada migratoria (N=27), el 74 % (N=20) declaró que esto sucedió en Estados Unidos. Ocho mencionaron que tuvieron necesidades de salud en México. El tratamiento de una enfermedad aguda o condiciones preexistentes fue el motivo más mencionado para requerir atención médica (N=17, 63 %).



SITUACIÓN EN ALBERGUES Y CENTROS DE DETENCIÓN

Prácticamente nueve de cada diez entrevistadas buscaron refugio en albergues/Casas del Migrante durante la jornada migratoria (N=56), y la mayoría de ellas declaró no haber sido rechazada de alguno (N=62, 97 %). Entre las que reportaron haber permanecido en algún albergue, el 64 % permaneció

solamente en uno (N=36) y el 14 % permaneció hasta en dos (N=8). El 93 % declaró que se sintió segura o muy segura mientras permaneció en el albergue. Sin embargo, más del 30 % estuvo insatisfecha con la atención que recibió durante su permanencia. Véase la Tabla 19.

Tabla 19. Estadía en albergues

Indicador	Cantidad	Porcentaje (%)
Estadía en albergues^{1*}		
Sí	56	87.5
No	8	12.5
Le fue negado acceso a algún albergue¹		
Sí	1	1.6
No	62	96.9
No recuerda	1	1.6
Cantidad de albergues en que se hospedó²		
1	36	64.3
2	8	14.3
3 a 4	7	12.5
5 a 9	5	8.9
Última vez que se hospedó en albergue²		
En los 3 meses previos	56	100.0
Planeación de ruta pensando en ubicación de albergue²		
Sí	3	5.4
No	53	94.6
Percepción de seguridad dentro del albergue²		
Algo insegura	4	7.1
Algo segura	32	57.1
Muy segura	20	35.7
Satisfecha con la atención dentro del albergue²		
Sí	38	67.9
No	18	32.1

¹ Una encuestada dejó la pregunta en blanco.

² Pregunta realizada a 56 encuestadas que declararon haberse hospedado en albergues.

Datos no mostrados: entre las que se hospedaron en albergues (N=56), un 31 % (N=17) de las encuestadas declaró que se hospedó en albergues por seguridad, mientras que un 20 % (N=11) lo hizo por el apoyo que se brinda en ellos. Un 57 % (N=32) de las encuestadas declaró no haber necesitado algún servicio durante la estancia. El 16 % (N=9) declaró que requirió atención para su hijo(a), el 14 % (N=8) requirió pañales para bebé, y 9 % (N=5) reportó haber requerido atención para ella.

El 27 % de las entrevistadas reportó haber sido enviada al menos a un centro de detención (N=17), donde un 11.8 % se sintió algo insegura. De las 17 que fueron enviadas a un centro de detención, prácticamente dos

de cada tres (N=11, 64.3 %) se sintieron insatisfechas con la atención recibida, principalmente debido a malos tratos por parte del personal (N=6, 45.5 %). Véase la Tabla 20.

Tabla 20. Estadía en centros de detención

Indicador	Cantidad	Porcentaje (%)
Enviada a centro de detención¹		
No	47	73.4
Sí	17	26.6
Cantidad de centros a los que fue enviada²		
1	14	82.4
2	3	17.6
Última vez que estuvo en un centro de detención²		
Justo antes de regresar a su país	17	100.0
Percepción de seguridad dentro del centro²		
Algo insegura	2	11.8
Algo segura	11	64.7
Muy segura	4	23.5
Recibió intervención no deseada/necesitada en SSR²		
No	17	100.0
Satisfecha con atención en el centro²		
No	11	64.7
Sí	6	35.3
Razón de insatisfacción³		
Fue maltratada/ignorada por el personal	5	45.5
Otra	4	36.4
La calidad del servicio era baja	2	18.2

¹ Una encuestada dejó la pregunta en blanco.

² Pregunta realizada a las 17 encuestadas que declararon haber sido enviadas a centros de detención.

³ Pregunta realizada a las 11 encuestadas que se declararon insatisfechas con la atención recibida en el centro de recepción.

Datos no mostrados: tres cuartas partes (N=13) de las entrevistadas que fueron retenidas en centros de detención (N=17) no necesitaron algún servicio. Un 18 % (N=3) requirió atención para su hijo(a) y un 6 %, atención para ellas (N=1).

Entre las que reportaron haber permanecido en algún albergue:

64% Permaneció solamente en uno (N=36)

14% Permaneció hasta en dos (N=8).



Nueve de cada diez entrevistadas buscaron refugio en albergues/Casas del migrante durante la jornada migratoria

(N=56, 87.5%)



La mayoría de ellas declaró no haber sido rechazada de alguno

(N=62, 97%).

Percepción de seguridad dentro del centro

93% Segura, muy segura

Satisfacción del centro

Más del **30%** Estuvo insatisfecha



HALLAZGOS DE LAS MESAS DE DISCUSIÓN EN HONDURAS Y EL SALVADOR

Esta sección tiene dos componentes, y presenta el recuento de las mesas de discusión llevadas a cabo en Honduras y El Salvador, respectivamente. El primer componente (Caracterización de participantes) incluye listados con las instituciones que atendieron la convocatoria y el cargo desempeñado por el(la) participante. El segundo componente (Contribuciones principales) introduce las diferentes temáticas discutidas junto con la identificación de posibles recomendaciones que posteriormente fueron organizadas en tres líneas de trabajo, y que buscan contribuir a eficientizar los esfuerzos de producción de conocimiento, las colaboraciones interinstitucionales y, en general, la planeación de políticas para atender el fenómeno migratorio, incluyendo sus consecuencias, en la región.

Caracterización de participantes

San Pedro Sula, Honduras

La mesa de trabajo en San Pedro Sula estuvo conformada por 25 representantes de 12 organizaciones:

1. Médicos Sin Fronteras, MSF (1 participante)
 - a. Cargo desempeñado: Trabajadora Social
2. Cure Violence Global, CVG (7)
 - a. Lideresa Comunitaria (6)
 - b. Coordinador Nacional (1)
3. Instituto Nacional de Migración, INM (1)
 - a. Médica
4. Organización Internacional para las Migraciones, OIM (6)
 - a. Oficial Médico (1)
 - b. Asistente de Operaciones (2)
 - c. Asistente de Compras (2)
 - d. Oficial de Proyecto (1)
5. Cruz Roja Hondureña (1)
 - a. Oficial de Campo
6. Comité Internacional de Rescate, CIR (3)
 - a. Oficial de Presupuesto (1)
 - b. Asistente de Presupuesto (1)
 - c. Movilizadora Comunitaria (1)
7. Comité Noruego de Rescate, CNR (1)
 - a. Oficial
8. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR (1)
 - a. Asistente de Protección
9. Centro de Atención al Migrante Retornado Belén, CAMR Belén (1)
 - a. Reintegradora
10. Foro Nacional para las Migraciones en Honduras, FONAMIH (1)
 - a. Oficial

11. Asociación de Hermanas Scalabrinianas, AHS (1)
 - a. Directora
12. Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR (1)
 - a. Psicóloga

San Salvador, El Salvador

La mesa de trabajo en San Salvador estuvo conformada por nueve oficiales del SICA³, distribuidas(os) de la siguiente forma:

1. Secretaría General⁴
 - a. Cargo desempeñado: coordinadora de la Unidad de Género, dentro de la Dirección de Administración y Finanzas
2. Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA)
 - a. Coordinador de Procesos Técnicos Regionales
 - b. Coordinador de la Unidad de Portafolio de Proyectos
 - c. Asistente Técnica para Temas de Salud
3. Secretaría Técnica del Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica y República Dominicana (STM-COMMCA)
 - a. Asistente Técnica en Autonomía Económica y Seguridad
4. Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana (CECC)
 - a. Coordinadora de Educación
 - b. Directora Técnica

Contribuciones principales

El apartado siguiente resume los aportes realizados por las y los participantes de los eventos llevados a cabo en Honduras y El Salvador. Dado que se presentan en orden cronológico, se aborda primero lo discutido en Honduras durante el 11 de noviembre de 2022.

San Pedro Sula, Honduras

Como se mencionó en la sección de Métodos, la sesión de discusión giró en torno a cinco preguntas principales. Estas fueron divididas, a su vez, en tres temáticas para sistematizar las contribuciones de las y los participantes: 1) identificación de problemáticas centrales (preguntas 1 y 1a); 2) pertinencia de datos de la encuesta ReGHID para consumo de las organizaciones interesadas (preguntas 2 a 4); y 3) propuestas/recomendaciones/iniciativas a desarrollar colaborativamente (pregunta 5).

Identificación de problemáticas centrales de la experiencia migratoria

Las problemáticas más frecuentemente señaladas durante las mesas fueron salud e higiene menstrual, discriminación y violencia, y acceso-calidad de la atención en servicios de salud física y SSR.

Salud e higiene menstrual

- Se mencionó la escasa visibilidad y promoción del tema desde las organizaciones de la sociedad civil (OSC), pues habitualmente se priorizan otras necesidades básicas como la alimentación, por ejemplo. Una consecuencia de esta escasa visibilidad del tema, según lo mencionado, puede ser el desconocimiento en el manejo del dolor menstrual por parte de las mujeres migrantes.
- También se señaló la falta de espacios adecuados para asegurar la higiene menstrual, siendo observada, incluso, la necesidad de proveer espacios dedicados para el aseo, como duchas, y no solamente la existencia de un sanitario para el cambio de producto de higiene femenina.
- La existencia de tabúes y prejuicios fue señalada como otra problemática a abordar. Una forma de comenzar con su mitigación es, según lo discutido, la educación en y para la salud sexual, apuntalada con intervenciones de orientación y consejería entre la población.
 - » Romper estas preconcepciones implica, entre otras cosas y según lo señalado por las y los participantes, combatir la idea de la menstruación solamente como indicador de la capacidad de procreación.

Discriminación y violencia

- La violencia institucional surgió como principal problemática en este rubro. El hecho de que sean las autoridades las perpetradoras de discriminación y violencia más frecuentes pone de manifiesto la poca sensibilización que tienen sobre las características y necesidades de las migrantes durante su tránsito.
 - » La escasa sensibilidad del personal que interactúa con migrantes en instancias dedicadas a atender a esta población deja ver su desprotección y su riesgo de revictimización, además de la falta de espacios realmente seguros para reportar eventos de discriminación y violencia.
 - * En este sentido, se mencionó la necesidad de que las autoridades migratorias sean expuestas a intervenciones educativas y de

[3] Como se mencionó en la sección de Métodos, 12 oficiales del SICA confirmaron su asistencia y nueve se presentaron a la mesa de discusión.

[4] Dos oficiales identificaron su pertenencia a la Unidad de Género, sin describir su cargo en específico.

sensibilización, que combinen la perspectiva de seguridad nacional con la perspectiva de género.

- * Adicionalmente, se mencionó que no existen mecanismos formales de observación/rendición de cuentas para estas mismas autoridades en su interacción con migrantes.
- La necesidad de atención continua en salud mental fue resaltada también, incluso para autoridades migratorias, pero principalmente para mujeres migrantes que experimentaron violencia durante el tránsito. Si bien no es el 100 % de migrantes las que sufren violencia, el 100 % de las que sufren violencia requiere atención continua en salud mental (y muy posiblemente, en salud física).

Acceso-calidad de la atención en servicios de salud física y SSR

- La falta de información es una doble barrera, y explica tanto las dificultades al acceso como la calidad de los servicios de salud otorgados a migrantes en tránsito:
 - » Por un lado, las migrantes no tienen información previa sobre: 1) su derecho a la salud, independientemente de la nacionalidad; 2) la ubicación de los centros de salud/hospitales/albergues que podrían necesitar durante su tránsito; e incluso 3) el idioma en que pueden ser atendidas durante su búsqueda de servicios de salud. Esto incide en la baja demanda y búsqueda de servicios reportada en la encuesta.
 - » Por otro lado, el personal de salud no tiene suficiente información sobre las condiciones en que llegan las migrantes que buscan atención médica, que son un grupo vulnerable cuyas necesidades ocurren en la intersección entre el fenómeno migratorio, los determinantes sociales de la salud y el género. Por tanto, no existe un protocolo de atención y seguimiento adaptado a sus características. Esto influye en la baja calidad de la atención reportada por ellas en la encuesta ReGHID, y queda específicamente de manifiesto cuando se observa a los grupos más vulnerables como migrantes embarazadas, viajando en compañía de hijas(os) menores de edad o no acompañadas.
- La articulación de un protocolo transfronterizo para la atención en salud puede ser una primera forma de eliminar la barrera en la búsqueda de atención en salud. Esto puede ayudar a mitigar el 25 % de casos reportados en la encuesta con alguna necesidad de salud durante el tránsito, pero que no pudieron acceder a algún servicio para atenderla.

- La población sin acceso a servicios de salud durante su tránsito es básicamente invisible para los sistemas de salud en los países de tránsito y acogida. No existen mecanismos para identificarla, localizarla, hacerle seguimiento para tratamientos y comenzar con la solución de sus necesidades.

Pertinencia de datos de la encuesta ReGHID para consumo de las organizaciones interesadas

De manera general, en todas las mesas se concluyó que la evidencia provista por la encuesta ReGHID —o su actualización— puede ser utilizada como insumo para llenar vacíos de conocimiento en áreas clave relacionadas con las problemáticas mencionadas en el apartado anterior. Así, la evidencia puede ser utilizada como base para justificar acciones tendientes a los siguientes objetivos:

1. Sensibilización de prestadoras(es) de servicios de salud sobre las necesidades de las migrantes —con énfasis en los grupos de mayor vulnerabilidad— al momento de su retorno, para fortalecer su atención inicial y continua.
 - a. Mejorar los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes.
2. Sensibilización de autoridades en puntos de control migratorio, así como entrenamiento interseccional en perspectiva de género, garantía de derechos humanos, salud, entre otros temas.
3. Vinculación de migrantes retornadas con las OSC que pueden dar seguimiento al amplio espectro de necesidades originadas durante el tránsito, sus repercusiones, así como su integración en el país de origen.
4. Mejoría de la atención brindada a las mujeres y adolescentes migrantes retornadas, tanto en la atención de sus necesidades de salud de una forma integral (física, mental, SSR) como en apoyo para su reinserción al retorno.
5. Sensibilización a la población sobre los pros y contras de la migración desde una perspectiva comunitaria integral.
 - a. Proveer de información lo más completa posible a aquellas mujeres que están (re) considerando emigrar, difundiéndola a través de canales formales (OSC) e informales (grupos organizadores de caravanas).
6. Incorporar al Ministerio de Salud en la atención de las problemáticas detectadas, otorgándole la función de rectoría en la ejecución de las actividades diseñadas para darles solución:
 - a. Movilización de recursos para la atención de necesidades, focalización de estos en poblaciones especialmente vulnerables (por ejemplo,

migrantes embarazadas, menores viajando sin compañía) para robustecer/agilizar su respuesta institucional.

Sobre la continuidad de la encuesta, reconociendo que es un instrumento útil para la provisión de evidencia e información de base para el diseño/actualización de políticas dirigidas a mujeres migrantes, se mencionaron dos maneras. Naturalmente, cada una de ellas tiene sus fortalezas y debilidades, que sin embargo no fueron abordadas durante la discusión:

- Invitación a través de redes sociales y autollenado del cuestionario.
- Organización y aplicación de la encuesta anualmente desde el Estado (por ejemplo, Ministerio de Salud) con el acompañamiento de instituciones interesadas.

Propuestas/recomendaciones/iniciativas a desarrollar en colaboración

Las participaciones durante los dos bloques previos de la sesión fueron la base para construir las actividades e iniciativas a desarrollar; cuyo objetivo es abordar las problemáticas identificadas.

- Los problemas relacionados con la salud e higiene menstrual, según fue discutido, pueden abordarse mediante la difusión de información y educación de la población por varias vías:
 - » En talleres conducidos por organizaciones comunitarias, para visibilizar todas las dimensiones de la salud menstrual y no solamente la relacionada con la capacidad de procreación. Esto también podría ser probado en servicios de salud, con médicos como la población objetivo de los talleres.
 - » En intervenciones educativas desde las etapas iniciales de la vida (por ejemplo, educación a niñas(os) en edad escolar en escuelas primarias) hasta población adulta (por ejemplo, actividades de promoción en centros de salud), para combatir la desinformación y derribar mitos alrededor de la menstruación. Para esto, se concluyó, deben unirse esfuerzos entre diversas organizaciones que se encuentran haciendo trabajo comunitario con migrantes, en conjunto con patronatos de las OSC.
 - » Mediante mensajes creados por organizaciones de base comunitaria, en colaboración con las OSC, y disseminados a través de canales informales como las redes sociales (por ejemplo, TikTok, WhatsApp). La naturaleza de los mensajes difundidos en estos canales, así como la población objetivo, puede ser más amplia y abarcar otras problemáticas de interés para las mujeres. Por ejemplo, cómo actuar

luego de experimentar violencia, sin importar el ámbito en que la situación se pueda presentar:

- » Mesas de trabajo semestrales para posicionar el tema —y así hacerlo visible— entre el personal de las OSC cuya población objetivo es la población femenina migrante y o población menstruante, así como con organizaciones de base comunitaria. La aparente alta frecuencia de esta actividad responde al escaso conocimiento y, en consecuencia, a la escasa visibilidad de la temática en la sociedad. Así, uno de sus objetivos principales es colocarla como una prioridad en la agenda pública.
- Respecto de la atención en SSR dentro de los servicios de salud, se discutieron dos abordajes desde la perspectiva de los proveedores, es decir, desde la oferta de servicios:
 - » Intervenciones formativas en SSR con enfoque de derechos humanos, a financiarse desde el Estado (Ministerio de Salud, Secretaría de Relaciones Exteriores, INM) en conjunto con las OSC. La forma de evaluar esta intervención podría ser mediante evaluaciones del desempeño a prestadores de servicios, así como de calidad mediante buzones en centros de salud.
 - » Intervenciones formativas en SSR que respondan a las necesidades específicas de subconjuntos de migrantes (por ejemplo, grupos de la diversidad sexual, autoidentificados como pertenecientes a pueblos originarios), a financiarse, como en el caso anterior, con el esfuerzo conjunto entre el Estado y las OSC interesadas. Su evaluación, por su parte, debería involucrar indicadores de proceso (es decir, medibles durante la ejecución de la actividad) y de resultado (medibles luego de la actividad), así como incluir la perspectiva de la población beneficiaria.

San Salvador, El Salvador

La discusión se abrió con la participación de la asistente técnica en Autonomía Económica y Seguridad de la Secretaría Técnica del Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica y República Dominicana (STM-COMMCA). Durante su intervención, argumentó sobre la importancia de diseñar estrategias educativas integrales, implicando tanto a mujeres migrantes (por ejemplo, promoción de la SSR) como a las personas que interactúan con ellas en puntos fronterizos (por ejemplo, formación profesional y capacitación de personal). En este sentido, dijo, es necesario crear protocolos escritos (por ejemplo, manuales⁵ de proceso y operativos) que guíen la interacción entre estos dos grupos. Estas intervenciones, según se señaló, idealmente deben ocurrir en la confluencia entre la perspectiva de derechos humanos

[5] La jefa adjunta de la Misión de OIM El Salvador ofreció el apoyo de la institución para sistematizar los manuales y el conocimiento disponible, para presentarlo como material de apoyo no solamente como una recomendación en abstracto.

(DDHH) y la de género, y presentarse de forma estratégica para evitar reacciones adversas⁶ por parte de los Estados involucrados. Finalmente, se comentó sobre la necesidad de proponer una serie de indicadores para medir el desempeño/efectividad de estas estrategias, sin abundar en posibles ejemplos.

La siguiente participación fue del coordinador de Procesos Técnicos Regionales de la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA), quien introdujo nuevas preguntas en el debate, fundamentalmente orientadas hacia el proceso de generación de políticas públicas basadas en evidencia científica:

1. ¿Qué función se espera que ejecute el SICA?
2. En qué parte del ciclo de políticas públicas están enmarcados los hallazgos (de la encuesta ReGHID) presentados?
 - a. ¿En qué parte del ámbito público está posicionada la problemática?
3. ¿Qué situación prevalece en el nivel operativo de las políticas, es decir, en las entidades prestadoras de servicios de salud?
 - a. ¿Qué condiciones de trabajo existen en este nivel para la satisfacción de necesidades de la población?
4. ¿Cómo se concibe al sistema de salud de Centroamérica?
 - a. ¿Cómo está delimitado, operativa y administrativamente? Definir previamente esto —señaló el participante— permitiría esclarecer los tipos de problemas que se pueden abordar.
 - b. ¿Cómo se espera que sea la respuesta institucional en los centros de atención ubicados en la frontera, donde dos fenómenos irreconciliables se presentan: recursos escasos y múltiples necesidades por parte de la población concentrada en esos puntos?
5. Los problemas de la población migrante están contenidos dentro del concepto de protección social en salud (insuficiente), más que en el de atención a la salud per se. Por ejemplo:

a. Durante el tránsito, la población migrante experimenta mayoritariamente problemas de salud agudos que son atendidos por prestadores de servicios privados, como consultorios adyacentes a farmacias⁷. Esto hace complicado medir/proyectar la demanda esperada en servicios de salud. En consecuencia, el resultado observado es una demanda de atención prácticamente inexistente, lo cual puede extrapolarse a la SSR y complica la creación de políticas públicas que alivien los problemas que afectan a la población migrante femenina.

6. ¿Se puede hacer trabajo multisectorial sin evidencia científica sobre los problemas? Dado que la respuesta es negativa, se requiere investigación y generación de evidencia en áreas críticas, así como en sistemas de comunicación (no solamente de información) que incluyan a México también.
 - a. Es importante también alinear las acciones entre instituciones para evitar prácticas ineficientes, como la duplicidad de funciones y la fragmentación.

Después, en una intervención de la Unidad de Género de la Secretaría General del SICA, se mencionó que uno de los objetivos dentro de esta es la introducción de la perspectiva de género y DDHH en todas las áreas de la institución. Por ahora tienen una temática para colocar estos temas en la agenda: Salud menstrual y menopausia digna⁸.

La jefa adjunta de la Misión de la OIM tomó posteriormente la palabra y respondió la primera pregunta del coordinador de Procesos Técnicos Regionales de la SE-COMISCA, anotando que hay claridad en que el SICA tiene la función de implementación. Además, señaló, la posición estratégica de este organismo puede redundar en una mayor amplitud de las acciones⁹.

El coordinador de la Unidad de Portafolio de Proyectos (SE-COMISCA) comentó que el abordaje del fenómeno migratorio desde el SICA está incompleto, pues se ha emprendido

[6] Esto también fue abordado por la jefa adjunta de la Misión de OIM El Salvador, quien confirmó que la estrategia debería ser presentada como una propuesta, incluyendo el impacto hipotético de las intervenciones a desarrollar.

[7] Esta modalidad de atención es altamente prevalente, incluso entre la población mexicana (Colchero et al., 2020), y ha motivado un debate acerca de la protección financiera que el sistema de salud puede ofrecer ante el incremento de esta oferta de servicios privados, y que además complica el reporte de casos de enfermedades relevantes para los sistemas de vigilancia epidemiológica. A partir de 2004, la respuesta de la Secretaría de Salud (SSA) mexicana fue instituir el Sistema de Protección Social en Salud, conocido como Seguro Popular (Gómez-Dantés y Ortiz, 2005) para, entre otras cosas, reducir el gasto de bolsillo en salud mediante un catálogo predefinido de servicios disponibles en la red de centros de salud de la SSA. A partir del año 2018, y con la entrada de una nueva administración a nivel Federal, se terminó con el Seguro Popular para dar paso a un sistema que pretendía la universalización en el acceso a servicios de salud (Reich, 2020). A la fecha se sigue evaluando cómo refinar este sistema y garantizar, en la práctica, el derecho a la salud de la población.

[8] La investigadora principal del proyecto ReGHID complementó esta intervención mencionando la existencia de dos niveles de agregación para la aplicación de las políticas. En el nivel más alto, las acciones pueden tener la forma de políticas estructurales o iniciativas para reformar sistemas completos. En el menor nivel de agregación, o lo que se puede entender como el nivel micro, se encuentran las intervenciones destinadas a las personas como la atención en salud mental, menstrual, menopausia digna. Luego devolvió las siguientes preguntas: A corto y mediano plazo, ¿en qué puntos críticos de la política pública se puede incidir (diseño, implementación, monitoreo)? y ¿a quién irá dirigido lo que se pueda hacer?

[9] Esto, apoyado con la difusión de los informes de resultados del proyecto ReGHID.

fundamentalmente desde la perspectiva de seguridad nacional. Reconoció que hace falta incluir otras perspectivas¹⁰ que permitan abordarlo de manera integral y den cauce a las necesidades de la región. Sobre los resultados presentados, mencionó que, además de los dos países estudiados (Honduras y El Salvador), la encuesta puede aplicarse en otros países de la región para llenar vacíos de información y así proponer respuestas a problemáticas comunes.

En la siguiente intervención, tomó la palabra nuevamente el coordinador de Procesos Técnicos Regionales (SE-COMISCA) para hacer énfasis en la necesidad de generar más evidencia para la movilización política. Señaló que existen necesidades de investigación sin abordar en la región, por ejemplo: ¿Cuál es la mejor manera de investigar a una población —como la migrante— que está en movimiento constante? Los registros administrativos que permiten hacer investigación operativa, ¿son fiables o es necesario hacer un seguimiento longitudinal de la población? ¿Sería eficiente concentrar los esfuerzos de investigación en las zonas fronterizas, que es donde las problemáticas se recrudecen? Las alianzas estratégicas interinstitucionales¹¹ pueden compensar las insuficiencias que se tienen para la realización de investigación. Estas alianzas son fundamentales pues aún faltan datos (o están desactualizados) en diversos aspectos^{12,13}.

En este punto, las contribuciones permitían prefigurar algunas acciones inmediatas. Una de ellas, a propuesta del coordinador de la Unidad de Portafolio de Proyectos (SE-COMISCA), fue la generación de materiales de difusión de información, posiblemente en la forma de notas de política (en inglés, policy briefs). Con estos documentos se espera señalar y difundir cuáles son las necesidades de mujeres adolescentes y adultas migrantes durante su tránsito hacia Estados Unidos y, con suerte, comenzar a formalizar una respuesta del Estado para solventarlas. El objetivo de estos materiales es, pues, fijar el tema en la agenda común del SICA.

Antes de finalizar la sesión, en un par de intervenciones, tanto el oficial de Enlace OIM-SICA como la investigadora principal del proyecto ReGHID plantearon la siguiente pregunta: ¿Cuál es el

papel que SICA ve en OIM para comenzar a llenar vacíos de información, etc., sobre personas migrantes? El oficial de Enlace SICA-OIM planteó además las siguientes: ¿Cómo puede facilitar ese proceso de integración y cómo aportar desde OIM? ¿Cómo se pueden aterrizar los consensos? El compromiso de OIM es ser el aliado estratégico que el SICA necesita para sumar esfuerzos, pero ¿qué puede hacer la OIM para ser considerado un aliado estratégico del SICA? ¿Cómo replicar la encuesta ReGHID en otros países?

La primera en responder fue la directora técnica de la Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana (CECC), quien especificó que el papel de la OIM debe ser principalmente de acompañamiento técnico, dada su experiencia en el tema migratorio y los socios con que cuenta en la región. Continuó la asistente técnica en Autonomía Económica y Seguridad (STM-COMMCA), quien señaló que una forma de abordar el proceso de integración es socializar lo producido sobre migración entre las diferentes instancias del SICA para diseñar un plan de acción (hoja de ruta) donde se establezcan los recursos necesarios (por ejemplo, financieros, técnicos), así como una propuesta de acciones para su implementación en la región. Esto es, primero asegurar coherencia interna de las actividades relativas al fenómeno migratorio para luego recibir asesoría técnica de la OIM. En respuesta, el coordinador de Procesos Técnicos Regionales (SE-COMISCA) observó que la ruta de acción está clara ya que existen lineamientos para la cooperación, pero estos no se operacionalizan, dando lugar a fragmentación y duplicación de actividades. Adicionalmente, mencionó que el SICA no puede realizar actividades fuera de su marco normativo, pero que la OIM podría colocar la temática migratoria dentro de la institución. Por último, el coordinador de la Unidad de Portafolio de Proyectos (SE-COMISCA) reconoció que ha faltado organización y claridad al interior del SICA en torno al abordaje del fenómeno migratorio. En este sentido, instó a la OIM a ser instrumental en la concienciación sobre el tema para restablecerlo como prioritario al interior de las diferentes instancias de la organización. Propuso, finalmente, abrir un espacio de diálogo al interior del SICA para socializar experiencias locales. De esta manera, se podrían identificar estrategias de posible aplicación regional.

[10] Desde la Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana (CECC) suscribieron esta afirmación, añadiendo que la de DDHH (por ejemplo, salud, educación) puede ser la perspectiva que articule las actividades y el enfoque del SICA. La asistente técnica en Autonomía Económica y Seguridad del STM-COMMCA abundó en el papel de la educación como elemento fundamental para atender el fenómeno migratorio, pues esta puede ser, por ejemplo, un factor protector contra la ocurrencia de violencia. Otro aspecto señalado durante su intervención fue cómo el fenómeno migratorio es atravesado por problemáticas en salud mental, tráfico y explotación sexual, entre otras.

[11] En referencia al Estudio sobre la condición de salud, acceso a los servicios y riesgos y vulnerabilidades específicos a la migración en Guatemala, realizado en 2015 como una colaboración entre OIM-FLACSO Guatemala.

[12] La investigadora principal del proyecto ReGHID señaló después que tanto el reporte de Guatemala, realizado en 2015, como el estudio ReGHID de 2021-2022 pueden ser dos piezas de información útiles en el establecimiento de prioridades, pero principalmente para hacer notar que existe evidencia para la acción.

[13] La jefa adjunta de Misión de la OIM suscribió lo anteriormente dicho por la investigadora principal del proyecto ReGHID y señaló, además, la necesidad de estudiar a fondo las barreras identificadas en ambos estudios y extraer de ellos los puntos de influencia para la política pública. También enfatizó la necesidad de darle continuidad a estos estudios para la actualización constante de las necesidades de la población migrante femenina en tránsito.

Para cerrar la sesión, la investigadora principal del proyecto ReGHID resumió las propuestas y acuerdos a los que se llegó con esta mesa de discusión:

- I. Generar materiales de difusión de información (notas de política) sobre las problemáticas identificadas en el estudio ReGHID para comunicar las necesidades de mujeres migrantes adolescentes, adultas y trans durante su tránsito hacia Estados Unidos y, con suerte, comenzar a conformar una respuesta del Estado para solventarlas. El objetivo de estos materiales debe ser, pues, fijar el tema en la agenda común del SICA (la región).
2. Escapar de la perspectiva de seguridad nacional en las actividades del SICA y remplazarla por una perspectiva más ad hoc al fenómeno migratorio, como la de derechos humanos, y que además reconozca el impacto de la migración en la población femenina.
3. Replicar la encuesta ReGHID en otros países de la región para comenzar a llenar esos vacíos de información y así proponer respuestas a problemáticas comunes.



RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS

El objetivo principal de la encuesta ReGHID, en consonancia con los objetivos del proyecto en extenso, fue proporcionar datos e información para modificar el entorno de políticas que dan cobertura a mujeres migrantes durante su ciclo migratorio. Los resultados de la encuesta visibilizan —con un enfoque específico de género— el perfil sociodemográfico de las migrantes, así como los riesgos y las necesidades a que están expuestas durante su periplo, que mayoritariamente tiene como destino los Estados Unidos, pero que en la mitad de los casos se trunca en México. A continuación, se enlistan los hallazgos principales de la encuesta aplicada a migrantes hondureñas.

1. Las migrantes son, con una proporción de cinco a uno, migrantes debutantes cuyo ciclo migratorio concluyó casi exclusivamente por deportación luego de una mediana de 24 días. Sin embargo, las que reportaron más de un intento previo fueron retornadas en un tiempo similar; luego de una mediana de 28 días. Las migrantes son también mujeres jóvenes (28 años en promedio) y, en su mayoría, deciden emigrar para trabajar en los Estados Unidos. Esto supone la necesidad explícita de mejorar sus ingresos y, así, sus condiciones de vida actuales, lo cual es prácticamente inasequible en su lugar de origen dada la inestabilidad económico-político-social en Centroamérica en general, pero particularmente en los países del Triángulo Norte, donde muchos fenómenos se recrudecen (De Jesus y Hernandez, 2019). En este sentido, resultó interesante no encontrar más migrantes que reportaran salir por el contexto de violencia (por ejemplo, amenazas de pandillas, físicas, sexuales) y criminalidad en Honduras. Esto puede sugerir que la exposición a la violencia está normalizada entre la población y por ello no es altamente ponderada como factor de decisión para la migración, a pesar de estar presente en prácticamente todos los aspectos de su vida (Alvarez, 2020; Odgers-Ortiz, 2020), incluidos los ciclos migratorios (Odgers-Ortiz, 2020).
2. Las migrantes que tuvieron su período menstrual durante la jornada migratoria no experimentaron problemas de acceso a toallas desechables para higiene menstrual, dado que pudieron acceder a ellas en varias formas (por ejemplo, donaciones de ONG u organizaciones confesionales, albergues, centros de detención, otras migrantes que les acompañaban). La más recurrente, sin embargo, fue con recursos propios, sea llevándolas desde casa o comprándolas durante el tránsito.
 - a. A pesar de lo anterior, y dado que el uso de toallas sanitarias es solo un componente más de la salud e higiene menstrual, se encontraron distintos niveles de acceso a otros productos o condiciones básicas relacionados:
 - i. Una de cada diez no pudo acceder a agua potable.
 - ii. Una de cada diez no pudo acceder a jabón u otros productos de aseo.
 - iii. Una de cada cuatro no tuvo acceso a un espacio privado para asearse. Esto podría atribuirse al dinamismo de la jornada migratoria: la autoexclusión de los espacios públicos dado que se es migrante irregular, la velocidad con que ocurren los desplazamientos en la jornada migratoria o el desconocimiento de los espacios adecuados mientras se está en tránsito en un lugar ajeno.
 - b. Resultó notorio que las migrantes hayan reportado un mejor acceso a toallas sanitarias en centros de detención, comparados con albergues/ Casas del Migrante. Esto podría deberse a una sobrerrepresentación de la población masculina en estos últimos (Infante *et al.*, 2012; Leyva-Flores *et al.*, 2019; Stoesslé *et al.*, 2015), lo que deriva en una falta de preparación para atender a la población femenina en tránsito. Será interesante e importante confirmar este hallazgo en análisis posteriores, realizados desde la perspectiva de los proveedores de servicios; en este caso, desde la perspectiva del personal de las Casas del Migrante.
3. Tres de cada diez migrantes adolescentes (15 a 19 años) reportó haber estado alguna vez embarazada, lo cual sugiere una alta prevalencia de necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos (NIA) (Bradley y Casterline, 2014) en Honduras. Existe consenso sobre los riesgos físicos y psicosociales que acarrea el embarazo adolescente y, por ello, se ha propuesto una diversidad de estrategias para su prevención, siendo la provisión de anticonceptivos la más eficiente (Brindis *et al.*, 2021; Mavranouzouli, 2009; Mcqueston *et al.*, 2013). Asegurar el acceso a anticonceptivos en varios

- ámbitos de desenvolvimiento de la población adolescente es una intervención costo-efectiva que acarrea beneficios al nivel de la persona y la sociedad, y puede permitir revertir la prevalencia de embarazos adolescentes con relativa rapidez.
- a. Aunque el reporte de casos fue bajo (N=3, 11.5 %), se encontró que el riesgo de una pérdida o interrupción del embarazo fue tan alto comparado con el riesgo del grupo etario de 35 a 39 años (N=13, 12 %), y ligeramente menor al del grupo de mayores de 40 años (N=14, 14.4 %).
 - b. Tres de cada diez adolescentes retornadas alguna vez embarazadas reportaron que su embarazo era no intencionado (es decir, no deseado o que ocurrió a destiempo) (Santelli *et al.*, 2003), con lo que se refuerza la noción de una alta prevalencia de NIA entre esta población. A manera de contraste, los grupos de edad de 20 y más años tuvieron una prevalencia de embarazo no intencionado menor al 25 %.
4. El reporte de mujeres migrantes con necesidades de salud durante su tránsito fue menor al encontrado en otros estudios, por ejemplo (Leyva-Flores *et al.*, 2019), lo cual puede estar relacionado con la duración mediana (28 días) de los ciclos migratorios reportada en la encuesta ReGHID.
 - a. Se encontró que, en promedio, una de cada cinco mujeres tuvo alguna condición que ameritaba atención en salud.
 - b. Aunque la mayoría de las mujeres retornadas tuvieron acceso a los servicios correspondientes, existe margen para mejorar la cobertura pues más de la mitad de las que reportaron no haber tenido acceso se autoexcluyeron por su condición migratoria irregular o por razones económicas.
 - c. También existe margen para mejorar la cobertura efectiva (Shengelia *et al.*, 2005) de los servicios de atención a la salud, que se situó en menos del 75 % entre las que buscaron atención en salud.
 5. Las experiencias vividas a lo largo de la jornada migratoria impactaron negativamente en el estado anímico —salud mental— de cuatro de cada diez mujeres migrantes retornadas. Esto denota la necesidad de acompañamiento psicológico-emocional que prevalece entre las migrantes a su retorno, y es transversal entre grupos etarios.
 6. Nueve de cada diez mujeres y adolescentes migrantes retornadas permanecieron en centros de detención antes de ser deportadas.
 - a. De ellas, la mayoría permaneció en un centro de detención, pero hasta dos de cada diez pasó por dos centros.
 - b. Dos de cada diez se sintieron muy inseguras o inseguras durante su permanencia en un centro de detención.
 - c. La mitad de este subconjunto estuvo insatisfecha con la atención que recibió durante su permanencia en centros de detención, predominantemente dado que estuvieron expuestas a un servicio de baja calidad (46 %) o a malos tratos/desdén por parte del personal (51 %).
 7. Entre dos y cuatro de cada diez mujeres y adolescentes migrantes retornadas percibieron discriminación durante su jornada migratoria, principalmente por su nacionalidad. El hecho de que México y Estados Unidos hayan sido frecuentemente mencionados como los países donde esto les ocurrió a las migrantes, deja ver la constante exposición a sufrir señalamientos xenófobos durante el tránsito (Vogt, 2013).
 8. El porcentaje experimentado de violencia en todas sus formas reportado por las migrantes retornadas fue bajo (8.4 %) comparado con el 17.4 % y 30 % reportado por Leyva-Flores y otros (2019), y Servan-Mori y otros (2014), respectivamente, quienes levantaron encuestas en Casas del Migrante situadas en la ruta migratoria hacia los Estados Unidos. Este bajo reporte de violencia en la encuesta ReGHID puede explicarse, al menos, de dos maneras: 1) subregistro de la información: el entorno y la modalidad en que fue aplicado el cuestionario ReGHID en Centros de Atención al Migrante Retornado pudo ser un espacio poco idóneo en tiempo, intimidad, sensibilidad y forma para hablar sobre temas delicados, como la violencia en alguna de sus variantes; o 2) la percepción de violencia es baja dado que esta se ha **normalizado** entre esta población (Cortés, 2018). Este mecanismo de asimilación, que interactúa con una independencia prácticamente nula, podría actuar como una barrera para su identificación y posterior reporte, e incrementa la vulnerabilidad de esta población durante el tránsito (Olmedo y Sampó, 2021).
 - a. Debe mencionarse, sin embargo, que el hecho de que el 8.4 % del total de encuestadas haya señalado que fue víctima de violencia mayormente verbal en centros de detención, contribuye a explicar la baja calidad y los malos tratos percibidos en estos lugares, que son instancias del control punitivo-criminalizador de la migración (Weiler *et al.*, 2022). En este sentido, es necesario enfatizar la importancia de la atención en salud mental al momento del retorno, puesto que este componente se ve afectado en nueve de cada diez casos entre las mujeres migrantes que sufren violencia y reportan consecuencias por ello.
 9. La ocurrencia de embarazos durante el ciclo migratorio fue escasamente reportada (N= 21, ver Anexo 1) y, sin embargo, 19 de estos 21 casos reportaron algún tipo de complicación ocurrida durante su embarazo, principalmente sangrados

vaginales. Al intentar acceder a consultas prenatales durante su tránsito por México, aproximadamente un cuarto de las mujeres embarazadas no pudo acceder a estos servicios, lo que puede explicarse por la autoexclusión de poblaciones móviles por temores de discriminación o denuncia ante las autoridades migratorias (Hintjens *et al.*, 2020). Dado que las implicaciones de este fenómeno para la salud durante el embarazo pueden llevar a desenlaces indeseables como evitables, este subconjunto de la población es de atención prioritaria durante todo el ciclo migratorio (Rueda-Salazar *et al.*, 2022a).

Recomendaciones generales

Los hallazgos de la encuesta ReGHID presentados permitieron discusiones enriquecedoras con/entre personajes de perfiles diversos durante las mesas de trabajo en Honduras y El Salvador; y estas, a su vez, permitieron el diseño de las siguientes recomendaciones, clasificadas en tres líneas de trabajo. Con la ejecución estratégica de estas líneas, dirigidas a tomadores de decisiones dentro del SICA y la OIM, se espera incidir positivamente en la forma de entender y atender el fenómeno migratorio con perspectiva de género en los ámbitos local y regional.

Línea 1. Generar rutinariamente datos, información y evidencia sobre el fenómeno migratorio y sus implicaciones

Motivación: Para conocer el fenómeno migratorio en sus diferentes dimensiones, es necesaria la producción de información basal, de seguimiento, así como la evaluación del impacto de las políticas dedicadas a la satisfacción de necesidades de mujeres migrantes. Así, es necesario comenzar a llenar los diversos vacíos de información que impiden caracterizar por completo las necesidades que enfrentan las mujeres durante su ciclo migratorio. Las mujeres migrantes se exponen a riesgos moderadamente diferenciados durante estas etapas, lo que implica que sus necesidades —vinculadas a su ciclo de vida— cambian también. Con frecuencia, estas necesidades resultan insatisfechas en el momento en que ocurren, por lo que sus efectos permanecen a través del tiempo.

Visibilizar los riesgos, necesidades específicas en SSR de las mujeres y adolescentes en tránsito, según sus características particulares, es una pieza de evidencia clave para formular iniciativas que permitan establecer una mejor forma de comunicar mensajes de promoción de la salud con perspectiva de género y con atención especial a grupos vulnerables; asimismo, para formar profesionales que atienden situaciones de movilidad humana en diferentes ámbitos (por ejemplo, hospitalario, aduanal). En última instancia, para tomar decisiones mejor informadas que se traducen en políticas mejor focalizadas, inclusivas y más justas.

Acciones posibles

1. Elaboración de notas de política sobre las problemáticas identificadas en el proyecto ReGHID, para así comenzar a conformar una respuesta del Estado para solventarlas. El objetivo de estos materiales debe ser, pues, posicionar las implicaciones del fenómeno migratorio, y su impacto en la población migrante femenina, en la agenda común de la región.
2. Aplicación continua de instrumentos de medición del fenómeno migratorio en la región, tales como el cuestionario ReGHID, para actualizar el perfil de necesidades de la población.
 - a. La estructura modular del cuestionario ReGHID es eficiente, puesto que sus módulos pueden utilizarse por separado para responder preguntas de investigación concretas. Por ejemplo, si se requiere actualizar la información sobre las barreras de acceso a salud e higiene menstrual durante el tránsito, se requiere la aplicación de los módulos 1, 2 y 3.1 solamente, haciendo que el levantamiento de datos sea financieramente más accesible.
 - b. Determinar la manera más pertinente de levantar estos datos (por ejemplo, cuestionarios autoadministrados, visitas a hogares por parte de equipos de entrevistadoras), procurando que esto ocurra en un ambiente propicio para la población entrevistada, aumentando así la credibilidad de los datos obtenidos y su comparabilidad con otras fuentes de datos.
3. Continuar con la aplicación de estudios longitudinales, por ejemplo (Miranda *et al.*, s/f), que den seguimiento tanto a migrantes como a sus familias para conocer las afectaciones del fenómeno migratorio a nivel individual y en la dinámica de los hogares.
 - a. Ampliar el foco a las implicaciones sociales del fenómeno migratorio, por ejemplo: exploración de productividad perdida para la región dada la movilidad de población en edad laboral, impacto de las remesas en la satisfacción de necesidades materiales en contextos de pobreza, impacto (medido como la pérdida de años de vida saludable, o años vividos con discapacidad) de las necesidades de salud insatisfechas durante ciclos migratorios previos.
4. Promover, centralizar y facilitar el acceso a registros administrativos oficiales con las características de la población migrante, para generar información actualizada y oficial sobre el fenómeno migratorio y sus múltiples interacciones con otras dimensiones sociales.

- a. Crear una red de datos abiertos y anonimizados para que puedan ser procesados por cualquier entidad interesada en el fenómeno migratorio.
5. Crear un repositorio regional de todos los productos de investigación relacionados con el fenómeno migratorio, y hacerlos de acceso libre para la sociedad en general.
6. Utilizar los resultados de los estudios en el repositorio regional para definir prioridades de investigación y, en caso de necesitarse, crear nuevas líneas y grupos de investigación en instituciones académicas de la región en respuesta a las necesidades cambiantes de las poblaciones móviles.
 - a. Diseminar los hallazgos entre todas las instituciones e instancias de gobierno que tienen, de alguna manera, contacto con población migrante.
7. Dinamizar los convenios de colaboración entre instituciones académicas en la región e instituciones internacionales con experiencia en el estudio de la SSR y el fenómeno migratorio.
 - a. Contemplar las transferencias de conocimientos técnico-metodológicos como uno de los resultados centrales de la colaboración entre instituciones regionales e internacionales.
 - b. Realizar intercambios de conocimientos técnico-metodológicos entre instituciones de la región para solventar las insuficiencias al interior de estas.
8. Integrar a tomadores de decisiones y lideresas y líderes comunitarios(as) dentro del proceso de generación de conocimiento, para que este se produzca como respuesta a las necesidades explícitas de la región y de la población que experimenta los efectos/consecuencias del fenómeno migratorio.
9. Fomentar, entre las diversas instituciones participantes, una cultura de la evaluación del impacto de intervenciones y políticas instrumentadas para atender el fenómeno migratorio, para facilitar su sistematización, priorización y, en última instancia, verificar la eficiencia del gasto erogado en su instrumentación.
 - a. Realizar evaluación prospectiva del impacto de intervenciones y políticas hipotéticas para avanzar en la determinación de futuras prioridades de inversión en la región.

Colaboraciones intra e interinstitucionales necesarias

Instituciones académicas que estudian el fenómeno migratorio (por ejemplo, FLACSO), en conjunto con

instituciones gubernamentales (por ejemplo, SICA) y organizaciones internacionales (por ejemplo, OIM, Médicos del Mundo, entre otros).

Resultados esperados

1. Generación de evidencia de uso inmediato en el proceso de determinación de prioridades de inversión e intervención, contribuyendo a la generación de políticas públicas mejor informadas.
2. Focalización de recursos en investigación para la acción, con miras a que la producción de evidencia sirva en el ciclo completo de formulación de políticas.
3. Resolución de insuficiencias técnicas para la investigación del fenómeno migratorio a nivel regional.

Forma de evaluar el impacto de las acciones

1. Medir la frecuencia de actualización de políticas públicas para atender a poblaciones móviles.
2. Establecer el impacto de la investigación producida a nivel local y regional en el proceso de conformación de políticas migratorias.

Línea 2. Dar visibilidad y atención a las principales problemáticas asociadas con el fenómeno migratorio, así como a los grupos más vulnerables identificados en la encuesta ReGHID

Motivación: Aunque su impacto se puede intuir de alguna manera, las problemáticas que enfrentan las mujeres migrantes durante su tránsito no son necesariamente conocidas por la sociedad en general, pero tampoco por prestadores de servicios en particular. Esto contribuye a la perpetuación del ciclo de insatisfacción de necesidades, particularmente en tres aspectos identificados en las mesas de trabajo: salud e higiene menstrual, discriminación y violencia, y acceso-calidad de la atención en servicios de salud y SSR.

Acciones

Salud e higiene menstrual

- I. Promover la educación en y para la salud sexual, en conjunto con intervenciones de orientación y consejería como las siguientes:
 - a. Talleres conducidos en comunidades para llevar información sobre las diferentes dimensiones de la salud e higiene menstrual, sus implicaciones con el ciclo reproductivo y formas de minimizar riesgos.
 - i. Talleres en servicios de salud, con médicos y personal de atención en salud como la población objetivo.
 - b. Intervenciones educativas desde las etapas

iniciales de la vida hasta la adultez para combatir la desinformación y derribar mitos.

- c. Difusión de mensajes de promoción de la salud e higiene menstrual, y otros de interés para la población femenina, a través de canales informales como las redes sociales (por ejemplo, TikTok, WhatsApp).

2. Realizar mesas de trabajo para colocar el tema entre el personal de las OSC cuya población prioritaria es la migrante.
3. Proveer espacios adecuados para asegurar el manejo de la salud menstrual de mujeres migrantes (Rueda-Salazar *et al.*, 2022d) y evaluar la pertinencia de alternativas innovadoras tales como la provisión de espacios exclusivos para el aseo —duchas o espacios privados— donde puedan realizar sus prácticas de higiene con dignidad y privacidad.

Discriminación y violencia

1. Exposición de autoridades migratorias a intervenciones educativas y de sensibilización sobre las características, condiciones y necesidades de mujeres migrantes que combinen la perspectiva de seguridad nacional con las perspectivas de género y derechos humanos.
 - a. Crear mecanismos formales de observación/rendición de cuentas para estas mismas autoridades en su interacción con migrantes.
2. Garantizar atención continua en salud mental para mujeres migrantes que experimentaron violencia durante el tránsito.

Acceso-calidad de la atención en servicios de salud en general y SSR

1. Abordar la doble barrera de desinformación sobre el derecho a la salud y SSR:
 - a. Entre la población migrante:
 - i. Crear materiales de información y difundirlos en canales formales e informales sobre: 1) cómo hacer valer sus derechos a la salud y la salud sexual durante el tránsito, independientemente de su nacionalidad; y 2) dónde buscar atención en salud y SSR, en caso de requerirla.
 - b. En prestadores de servicios de salud y SSR, con especial énfasis en puntos fronterizos de tránsito intenso de población móvil:
 - i. Creación y distribución de materiales o realización de talleres informativos sobre las condiciones en que buscan atención y llegan a centros de atención públicos o privados.
 - ii. Creación y promoción de un protocolo transfronterizo para la atención en salud, que priorice a los grupos más vulnerables como

las migrantes embarazadas o no acompañadas (Rueda-Salazar *et al.*, 2022c).

- iii. Implementación de intervenciones formativas con perspectiva de derechos humanos, y que además respondan a las necesidades específicas de subconjuntos de migrantes (por ejemplo, grupos de la diversidad sexual, personas autoidentificadas como pertenecientes a pueblos originarios) y con pertinencia de género.

Acciones transversales

1. Crear un directorio oficial de instituciones a las que pueden acudir las migrantes retornadas, y que pueden dar seguimiento al espectro amplio de necesidades originadas durante el tránsito.
2. Mejorar las condiciones en que son recibidas las migrantes retornadas, tanto en sus necesidades de salud, SSR (Rueda-Salazar *et al.*, 2022b), como en apoyo para su reinserción a la sociedad.
3. Informar, por canales informales y formales, sobre los pros y contras de la migración desde una perspectiva comunitaria, proveyendo información —lo más completa posible— a aquellas mujeres que están (re)considerando emigrar.

Colaboraciones intra e interinstitucionales posibles

OIM, OSC, ministerios de Salud, secretarías de Relaciones Exteriores, institutos nacionales de migración en la región.

Resultados esperados

1. Incremento de la población con información sobre su derecho a la salud y SSR.
2. Incremento del conocimiento y sensibilidad en el trato de las autoridades migratorias hacia mujeres migrantes.
3. Incremento del reconocimiento de características, así como de la sensibilidad en el trato, del personal médico hacia mujeres migrantes —con énfasis en los grupos más vulnerables— en centros de salud públicos.

Formas de evaluar los resultados

1. Preguntas sobre conocimiento e información en derecho a la salud y SSR, así como localidades con servicios accesibles a migrantes, en encuestas de aplicación periódica.
2. Encuestas de calidad (técnica, interpersonal) en centros de salud públicos.
3. Encuestas de calidad (técnica, interpersonal) en centros de atención al migrante retornado.

Línea 3. Fomentar una vinculación más estrecha entre la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), y colocar la temática migratoria en los primeros niveles de prioridad dentro de la agenda regional

Motivación: Ambas instituciones poseen conocimiento tácito y explícito sobre el fenómeno migratorio, y con sus actividades pueden incidir en la forma en que este es abordado en la región. A pesar de que la alianza entre estos dos organismos no garantiza la solución de los problemas asociados al fenómeno migratorio, es necesaria una vinculación eficiente para potenciar y magnificar el alcance de las propuestas para darles solución.

Acciones

- Verificar que las actividades relativas al abordaje y estudio de la migración dentro del SICA persiguen objetivos comunes:
 - » Crear un repositorio con todos los materiales producidos sobre migración en las instancias del SICA.
 - » Crear un grupo de trabajo permanente, focalizado en la intersección entre migración y otros fenómenos sociodemográficos (por ejemplo, educación, salud, empleo), que dé seguimiento a los materiales disponibles en el área, que establezca temáticas prioritarias y sirva de enlace entre el SICA y otras organizaciones gubernamentales/ no gubernamentales, explícitamente la OIM, para incrementar las capacidades de producción de información del SICA. Los esfuerzos de este grupo de trabajo deben intensificarse en la región del Triángulo Norte de Centroamérica, donde la presencia de población móvil es más prevalente.
 - * Buscar asesoría técnica de la OIM para organizar las actividades de este grupo de trabajo, establecer las temáticas y, ergo, las acciones cuya implementación es prioritaria. El ejercicio de priorización debe, idealmente, realizarse con criterios

explícitos (por ejemplo, análisis FODA, toma de decisiones multicriterio, evaluaciones económicas) y quedar registrado en documentos de trabajo como planes de acción y manuales operativos. De acuerdo con las temáticas priorizadas, recibir asesoría de organizaciones en alianza con la OIM para la planeación de actividades puede hacer el proceso más eficiente.

- * Monitorizar y evaluar la escalabilidad de las diferentes intervenciones empleadas a nivel local.
- * Monitorizar la inclusión de los enfoques de derechos humanos y género en las actividades de este grupo de trabajo.

Colaboraciones intra e interinstitucionales posibles

SICA, OIM (y su cartera de socios, según el problema específico a atender).

Resultados esperados

1. Grupo de trabajo SICA-OIM para dar seguimiento al fenómeno migratorio en la región.
2. Plan de acción que incorpore la asistencia técnica de OIM en temas relacionados con el fenómeno migratorio.
3. Retroalimentación constante entre la OIM y el SICA sobre las necesidades de investigación que se tienen en la región.
4. Vinculación de consultorías directamente con las necesidades del SICA, es decir, con los problemas de la región.

Forma de evaluar los resultados:

- Anexo 1. Creación del grupo de trabajo SICA-OIM.
- Anexo 2. Plan de acción conjunto SICA-OIM, elaborado con perspectiva de derechos humanos y género, y actualizado en respuesta a la dinámica regional.
- Anexo 3. Reuniones de seguimiento del plan de acción conjunto SICA-OIM.

Conclusiones

El análisis de datos primarios de la encuesta ReGHID y de las contribuciones hechas durante las mesas de discusión por personajes de instituciones clave reveló diversas áreas en donde es posible incidir para robustecer o instalar una respuesta sistémica al fenómeno migratorio en la región. Para materializarla, se requieren esfuerzos institucionales que podrían ser prohibitivos si se emprenden en solitario. Más aun, estas necesidades detectadas compelen a sostener esfuerzos de forma colaborativa.

Primero, existe margen para la instalación de mecanismos formales de producción, uso y diseminación de evidencia para informar las políticas migratorias. Como quedó de manifiesto en las mesas de discusión, los esfuerzos actuales para generar evidencia son aislados y no están suficientemente coordinados o no poseen objetivos comunes para atender el fenómeno migratorio de forma integral. El escenario ideal — quizá utópico— donde las políticas migratorias se establecen, evalúan y adaptan, según la dinámica del fenómeno, puede ser irrealizable dadas las condiciones económicas y las prioridades en competencia en la vida institucional de los países de la región. Sin embargo, comenzar por dotar de coherencia a las actividades de investigación reportará beneficios y permitirá identificar los vacíos de información, los problemas más apremiantes y, básicamente, aquellos rubros donde puede ser más eficiente la inversión de recursos financieros, humanos y materiales. Para conseguirlo, es necesario robustecer la colaboración entre el SICA y la OIM, e ir sumando los esfuerzos de una plétora de organizaciones, incluyendo las de base comunitaria.

Segundo, el diseño de políticas migratorias está incompleto, sin considerar las intersecciones que ocurren en la realidad de la población migrante y cómo estas modulan el espectro de necesidades sobre el que es imperativo actuar. Las y los prestadores de atención que interactúan con las migrantes en diversos ámbitos tienen un rol determinante, pues pueden dar

cauce a la satisfacción de necesidades preexistentes u originar nuevas con su desempeño. Como se observó en la encuesta ReGHID, es en ámbitos oficiales (centros de detención, de salud) en donde la percepción de discriminación y la ocurrencia de violencia —principalmente verbal— es más prevalente. Puede justificarse, pues, que dentro de la formación de profesionales que interactúan con población migrante se incluyan perspectivas que, lejos de competir entre sí, se complementan de manera parsimoniosa: garantía de derechos humanos, género y diversidad sexual, determinantes y protección sociales de la salud. Esto puede y debe alejar el foco de la perspectiva *securitista*¹⁴ que, hasta ahora, prima en la forma de interactuar con las poblaciones móviles, tal como fue reconocido durante las rondas de discusión organizadas en el marco de este estudio.

Tercero, una parte importante de las necesidades de atención en salud y SSR que surgen durante el tránsito hacia el país de destino permanecen insatisfechas al momento del retorno al país de origen. Esto pone manifiesto la naturaleza continua del proceso de atención en salud y también la sobrecarga potencial de los sistemas de salud (y otros sistemas sociotécnicos) locales, al enfrentar problemas de dificultad diversa que pueden devenir en repercusiones crónicas e incapacitantes en el estado de salud individual como los de salud mental, por ejemplo. Adicionalmente, se pone de manifiesto la vulnerabilidad de las migrantes retornadas, pues la falta de recursos institucionales para garantizar la continuidad de atención en salud promueve, al menos, tres desenlaces que afectan a la persona y a la sociedad en conjunto: primero, dejar estas necesidades insatisfechas; segundo, incurrir en gastos de bolsillo para su satisfacción; o, tercero, una combinación de las dos anteriores. El segundo y tercer caso, en su expresión más dramática, pueden llevar a incurrir en gastos catastróficos/empobrecedores, que promueven una mayor precarización de las condiciones de vida de la población. Una forma de prevenir estos desenlaces es avanzar en el diseño de un sistema de protección social en salud que garantice la protección financiera de su sociedad.

[14] El término refiere al endurecimiento de controles a la migración irregular, dado que, y según lo considerado dentro de este marco de referencia, su incremento presenta riesgos para la seguridad nacional (Ceyhan, A., y Tsoukala, A., 2002).



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez, L. (2020). No Safe Space: Neoliberalism and the Production of Violence in the Lives of Central American Migrants. *Journal of Race, Ethnicity and Politics*, 5, 4-36. <https://doi.org/10.1017/rep.2019.23>
- Andrade Rubio, K. L., Izcara Palacios, S. P., Trejo, N. P., y Mora Vázquez, A. (2021). Mujeres migrantes traficadas a California para el comercio sexual. *Ciencia, Técnica y Mainstreaming Social*, 5, 31-38.
- Anguiano-Téllez, M. E. y Villafuerte-Solís, D. (2016). Flujos Migratorios en Tránsito por México desde el Triángulo Norte de Centroamérica. En *Migrantes en tránsito a Estados Unidos. Vulnerabilidades, riesgos y resiliencia* (pp. 45-69). Recuperado de [https://repositorio.cesmeca.mx/bitstream/handle/11595/922/Migrantes en tránsito. PDF FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cesmeca.mx/bitstream/handle/11595/922/Migrantes%20en%20tr%C3%A1nsito.PDF_FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Bojorquez-Chapela, I., Torre-Cantalapiedra, E., y Calva-Sánchez, L. (2020). Encuesta sobre migración en la frontera sur de México. Informe de resultados 2019. [https://www.colef.mx/emif/datasets/informes/sur/2019/Emif Sur Informe Anual 2019. pdf](https://www.colef.mx/emif/datasets/informes/sur/2019/Emif_Sur_Informe_Anual_2019.pdf)
- Bradley, S. E. K., y Casterline, J. B. (2014). Understanding Unmet Need: History, Theory, and Measurement. *Studies in Family Planning*, 45(2), 123-150. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00381.x>
- Brindis, C. D., Gutmann-Gonzalez, A., y Decker, M. J. (2021). Teenage Pregnancy: Trends, Predictors, Prevention Efforts, and Future Directions. En *Reference Module in Biomedical Sciences*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-818872-9.00019-4>
- Bronfman, M. N., Leyva, R., Negroni, M. J., y Rueda, C. M. (2002). Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: Research for action. *Aids*, 16(SUPPL. 3), 42-49. <https://doi.org/10.1097/00002030-200212003-00007>
- Cabieses, B., y Bird, P. (2014). Glossary of access to health care and related concepts for low- and middle-income countries (LMICS): A critical review of international literature. *International Journal of Health Services*, 44(4), 845-861. <https://doi.org/10.2190/HS.44.4.j>
- Casillas-R, R. (2020). Migración internacional y cambio climático: conexiones y desconexiones entre México y Centroamérica. *URVIO Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, 26, 73-92. <https://doi.org/10.17141/urvio.26.2020.4038>
- Ceyhan, A., y Tsoukala, A. (2002). The securitization of migration in western societies: Ambivalent discourses and policies. *Alternatives*, 27(1_suppl), 21-39.
- Colchero, M. A., Gómez, R., Figueroa, J. L., Rodríguez-Atristain, A., y Bautista-Arredondo, S. (2020). Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018. *Salud Publica de Mexico*, 62(6), 851-858. <https://doi.org/10.21149/11547>
- Cook Heffron, L. (2019). "Salía de uno y me metí en otro I ": Exploring the Migration-Violence Nexus Among Central American Women. *Violence Against Women*, 25(6), 677-702. <https://doi.org/10.1177/1077801218797473>
- Cortés, A. (2018). Violencia de género y frontera: migrantes centroamericanas en México hacia los EE.UU. *European Review of Latin American and Caribbean Studies/Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y Del Caribe*, 105(105), 39-60.
- De Jesus, M., y Hernandez, C. (2019). Generalized violence as a threat to health and well-being: A qualitative study of youth living in urban settings in Central America's "northern triangle." *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph16183465>
- Donato, K. M. (2010). U.S. migration from Latin America: Gendered patterns and shifts. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 630(1), 78-92. <https://doi.org/10.1177/0002716210368104>
- Gómez-Dantés, O., y Ortiz, M. (2005). *Seguro Popular de*

Salud: Siete perspectivas. *Salud Publica de Mexico*, 47(1), 78-89. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342004000600013>

Hernández Suárez, J. L. (2019). Política migratoria de México hacia Centroamérica y presión estadounidense. *Clivatge*, 7. <https://doi.org/10.1344/clivatge2019.7.2>

Hintjens, H. M., Siegmann, K. A., y Richard, H. J. M. (2020). Seeking health below the radar: Undocumented People's access to healthcare in two Dutch cities. *Social Science and Medicine*, 248(January), 112822. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112822>

Infante, C., Idrovo, A. J., Sánchez-Domínguez, M. S., Vinhas, S., y González-Vázquez, T. (2012). Violence committed against migrants in transit: Experiences on the Northern Mexican border. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(3), 449-459. <https://doi.org/10.1007/s10903-011-9489-y>

Kaleta, D., Polańska, K., Dzionkowska-Zaborszczyk, E., Hanke, W., y Drygas, W. (2009). Factors influencing self-perception of health status. *Central European Journal of Public Health*, 17(3), 122-127. <https://doi.org/10.21101/cejph.b0017>

Karlsson, T. S., Marions, L. B., y Edlund, M. G. (2014). Heavy menstrual bleeding significantly affects quality of life. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(1), 52-57. <https://doi.org/10.1111/aogs.12292>

Leyva-Flores, R., Infante, C., Gutierrez, J. P., Quintino-Perez, F., Gómez-Saldivar, M. J., y Torres-Robles, C. (2019). Migrants in transit through Mexico to the US: Experiences with violence and related factors, 2009-2015. *PLoS ONE*, 14(8), 2009-2015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220775>

Massey, D. S., y Pren, K. A. (2012). Unintended Consequences of US Immigration Policy: Explaining the Post-1965 Surge from Latin America. *Population and Development Review*, 38(1), 1-29. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2012.00470.x>

Mavranzouli, I. (2009). Health economics of contraception. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 23(2), 187-198. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2008.11.007>

McAuliffe, M., y Triandafyllidou, A. (Eds.). (2021). Informe sobre las migraciones en mundo 2022. Organización Internacional para las Migraciones. <https://publications.iom.int/es/node/2407>

Mcqueston, K., Silverman, R., y Glassman, A. (2013). The efficacy of interventions to reduce adolescent childbearing in low- and middle-income countries: A systematic review. *Studies in Family Planning*, 44(4), 369-388. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2013.00365.x>

Miranda, J., García, C., Villagrán, E., Quino, V., y Tobar, A. (s/f). Estudio sobre la condición de salud, acceso a los servicios y riesgos y vulnerabilidades específicos a la migración en Guatemala.

Odgers-Ortiz, O. (2020). The Perception of Violence in Narratives of Central American Migrants at the Border between Mexico and the United States. *Revue Européenne Des Migrations Internationales*, 36(1), 53-73. <https://doi.org/10.4000/remi.14452>

Olmedo, C. A., y Sampó, C. (2021). The case of migrant women from the central American northern triangle: How to prevent exploitation and violence during the crossing. *Revista Brasileira de Política Internacional*, 64(2). [https://doi.org/10.1590/0034-7329202100205/indicator-metadata-registry/imr-details/women-of-reproductive-age-\(15-49-years\)-population-\(thousands\)](https://doi.org/10.1590/0034-7329202100205/indicator-metadata-registry/imr-details/women-of-reproductive-age-(15-49-years)-population-(thousands))

Organización Internacional para las Migraciones. (2019). Glosario de la OIM sobre Migración. <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2022>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf;jsessionid=7A64D2B68DDAD8D02542604DEDA5ADC9?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1152209/retrieve>

Peña, J. (2017). Reality in the Face of Alternative Facts: Irregular Migration to the United States and the Deportations of Mexicans under the Trump Administration. *Norteamérica*, 12(2), 197–212. <https://doi.org/10.20999/nam.2017.b008>

Reich, M.R. (2020). Restructuring Health Reform, Mexican Style. *Health Systems and Reform*, 6(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/23288604.2020.1763114>

Rueda-Salazar, S., Channon, A., y Riggiozzi, P. (2022a). Embarazo y acceso a la atención prenatal durante el desplazamiento. University of Southampton.

Rueda-Salazar, S., Channon, A., y Riggiozzi, P. (2022b). Estado general de salud y salud mental. University of Southampton.

Rueda-Salazar, S., Channon, A., y Riggiozzi, P. (2022c). Necesidades de atención sanitaria y acceso a servicios durante el desplazamiento. University of Southampton.

Rueda-Salazar, S., Channon, A., y Riggiozzi, P. (2022d). Salud menstrual durante el desplazamiento. University of Southampton.

Santelli, J., Rochat, R., Hatfield-Timajchy, K., Gilbert, B. C., Curtis, K., Cabral, R., Hirsch, J. S., y Schieve, L. (2003). The Measurement and Meaning of Unintended Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(2), 94–101. <https://doi.org/10.1363/3509403>

Servan-Mori, E., Leyva-Flores, R., Xibille, C. I., Torres-Pereda, P., y García-Cerde, R. (2014). Migrants suffering violence while in transit through Mexico: Factors Associated with the decision to continue or turn back. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(1), 53–59. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9759-3>

Shengelia, B., Tandon, A., Adams, O. B., y Murray, C. J. L. (2005). Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy. *Social Science and Medicine*, 61(1), 97–109. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.055>

Shields, M., y Shoostari, S. (2001). Determinants of self-perceived health. 13(1).

Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., Coll-Seck, A. M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z. A., Say, L., Serour, G. I., Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., y Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, 391(10140), 2642–2692. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)

Stoesslé, P., González-Salazar, F., Santos-Guzmán, J., y Sánchez-González, N. (2015). Risk factors and current health-seeking patterns of migrants in northeastern Mexico: Healthcare needs for a socially vulnerable population. *Frontiers in Public Health*, 3(AUG), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00191>

Vogt, W. A. (2013). Crossing Mexico: Structural violence and the commodification of undocumented Central American migrants. *American Ethnologist*, 40(4), 764–780. <https://doi.org/10.1111/amet.12053>

Weiler, G., Bartovic, J., Ebbesen, B. B., Gottardo, C., y Puthooppambal, S. J. (2022). Improving health in immigration detention and promoting alternatives to detention. *The Lancet*, 399(10338), 1849–1850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00742-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00742-5)

World Health Organization. (2023). Women of reproductive age (15–49 years) population (thousands). The Global Health Observatory. [https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/women-of-reproductive-age-\(15-49-years\)-population-\(thousands\)](https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/women-of-reproductive-age-(15-49-years)-population-(thousands))

ANEXOS

Anexo I. Indicadores de muestra pequeña para Honduras

El cuestionario ReGHID fue diseñado para proveer una caracterización lo más exhaustiva posible de las mujeres y adolescentes migrantes centroamericanas, así como de las necesidades y barreras experimentadas durante su jornada migratoria. Dado que las experiencias individuales varían entre la población, algunas preguntas no consiguieron un número de respuestas que permitiese incluirlas dentro del informe de resultados, por lo que se colocan en esta sección de Anexos. No se presentan cruces con otras variables ni desagregación por grupos de edad.

Módulo 4. Historia reproductiva

- Entre las encuestadas que declararon haber estado embarazadas en algún punto de la jornada migratoria (N=21), el valor mediano fue de un embarazo. La mayoría (86 %) reportó que su embarazo comenzó en Honduras, es decir, en el país de origen de la jornada migratoria. El resto (14 %) declaró que su embarazo comenzó en México, esto es, durante el tránsito. Al preguntar sobre el país donde concluyó el embarazo, el 71 % (N=15) declaró que el embarazo aún no terminaba al momento de la encuesta, mientras que un 19 % (N=4) declaró que terminó en México. El resto (N=2) mencionó que el embarazo terminó en Honduras.
 - » De las entrevistadas que declararon que su embarazo ya había terminado (N=6), cinco respondieron a la pregunta del desenlace del embarazo y una la dejó en blanco. De las que respondieron, tres tuvieron un nacido vivo, una tuvo una pérdida y la siguiente no quiso responder. El embarazo de dos de las entrevistadas terminó (sea en un nacido vivo o una pérdida) en una maternidad; en un caso, en casa particular; y el resto mencionó que en otro ámbito.
 - » De las entrevistadas que declararon aún estar embarazadas (N=15), la mediana de semanas de gestación fue de seis. El mínimo fue de dos semanas y el máximo, de 34. El 87 % (N=13) declaró que deseaba quedar embarazada. Una entrevistada declaró que quería esperar (6.6 %) y otra más declaró que no quería quedar embarazada (6.6 %).

Módulo 5. Atención del embarazo ocurrido durante la jornada migratoria

De las entrevistadas que declararon estar embarazadas durante la jornada migratoria (N=21), 13 (62 %) declararon haber acudido a alguna consulta de control prenatal y ocho mujeres no acudieron. De la misma manera, trece declararon conocer a dónde acudir para obtener información sobre cuidados prenatales.

- Entre las ocho entrevistadas que no acudieron a alguna consulta de control prenatal, cuatro mencionaron que la razón fue la falta de dinero. Dos no sabían que estaban embarazadas, una tuvo dificultades para transportarse y, finalmente, otra no tuvo a nadie que le acompañara para acudir a las consultas.
- Entre las 13 que declararon haber recibido controles prenatales, el tiempo promedio de embarazo al recibir la primera consulta fue de 8.7 semanas. Este grupo tuvo un valor mediano de dos consultas, con un valor mínimo de uno y un máximo de cinco. La mayoría mencionó que tuvo consultas prenatales en México (N=9, 69 %), mientras que el 31 % (N=4) mencionó que tuvo consultas en Honduras. De acuerdo con las entrevistadas, las consultas prenatales ocurridas en México fueron atendidas mayormente por un(a) médico(a) (N=6) y el resto, por una enfermera (N=3) en hospitales públicos o privados, mayormente. En Honduras, todas las consultas prenatales fueron atendidas por un(a) médico(a) en hospitales públicos o privados. Al preguntarles por qué acudieron a tales servicios para recibir consultas prenatales, prácticamente todas respondieron (N=12) que la razón fue la gratuidad de la consulta. A cuatro entrevistadas les fue realizado algún examen físico o análisis clínico al momento de la consulta. Todas mencionaron que las pesaron; tres mencionaron que les tomaron la presión arterial; tres, que les midieron la circunferencia abdominal; y una reportó haberle sido realizado un análisis de sangre. Ocho entrevistadas mencionaron que les hubiese gustado tener más consultas prenatales. Solamente dos entrevistadas señalaron que cambiaron su conducta durante la jornada migratoria para acceder a consultas prenatales.
- De las 21 mujeres migrantes retornadas que estuvieron embarazadas durante la jornada migratoria, 19 reportaron haber tenido algún tipo de complicación durante el embarazo. La mayoría mencionó sangrado vaginal; tres mencionaron hipertensión/preeclampsia; dos, una infección urinaria; una mencionó anemia; y otra, que su bebé

dejó de crecer. El resto mencionó otras razones. Cinco mencionaron que, a pesar de querer recibir una consulta prenatal, no pudieron acceder a ella. Todas mencionaron que esto ocurrió en México.

Módulo 6. Parto (embarazos ocurridos durante la jornada migratoria)

Tres entrevistadas accedieron a este módulo dedicado a investigar las condiciones en que ocurrió el parto del embarazo ocurrido durante la jornada migratoria. Dos de tres mencionaron que el parto ocurrió en México y una, en Honduras. Dos de tres mencionaron que su parto fue atendido en clínicas privadas. Dos mencionaron que su parto fue atendido por un(a) médico(a) de la clínica y una mencionó que nadie le ayudó al momento del parto. Dos entrevistadas señalaron que su bebé era de tamaño normal al momento de nacer; una mencionó que era pequeño(a). Dos de las entrevistadas mencionaron que su bebé fue pesado(a) al momento de nacer. Ninguna mencionó que su bebé o ella desarrollaran complicaciones durante el parto.

Una de tres mencionó que fue obligada a permanecer en una posición incómoda durante el parto. En la misma proporción mencionaron que recibieron malos tratos (por ejemplo gritos, regañones) y que su parto fue una cesárea autorizada por ella, luego de la cual recibió toda la información necesaria para su cuidado. Dos mencionaron haberse sentido satisfechas con la atención que recibieron durante el parto. Ninguna entrevistada mencionó dificultades para acceder a atención

para el parto. Sin embargo, al preguntar si alguna vez les fue negada la atención o fueron maltratadas por ser migrantes, una prefirió no responder a la pregunta.

Dos entrevistadas dijeron haber accedido a una consulta de revisión posparto sin dificultades, y una mencionó que accedió a una consulta de revisión para el(la) bebé.

Módulo 7. Discriminación y violencia: sección de violencia sexual

A continuación, se presenta información relacionada con la ocurrencia de violencia sexual durante la jornada migratoria. Nueve entrevistadas reportaron que fueron víctimas de violencia sexual, y seis accedieron a contestar las preguntas de esta sección del cuestionario.

Tres entrevistadas declararon que fueron forzadas a una relación sexual, y tres mencionaron que fueron tocadas, besadas, abrazadas o partes de su cuerpo fueron expuestas sin su consentimiento. La mitad reportó haber hablado con alguien de lo sucedido. Dos de tres lo reportaron a autoridades, y una lo reportó a alguna ONG. Dos de tres mencionaron haber pedido ayuda por esta situación a autoridades policiales (en México). Una de las entrevistadas mencionó que le ofrecieron ayuda psicológica y la otra, que no le ofrecieron ayuda alguna. Al preguntarles sobre el tipo de ayuda que les hubiese gustado recibir, una contestó "asistencia legal" y otra mencionó "asistencia médica".

Anexo 2. Limpieza de datos de la encuesta ReGHID

A continuación, se describen los procedimientos realizados para limpiar la base de microdatos de la encuesta ReGHID. Los objetivos de esta etapa fueron los siguientes:

1. Preparar el conjunto de microdatos de la encuesta ReGHID para su análisis secundario, incluyendo su documentación de referencia.
2. Generar un script que permita replicar el proceso de limpieza de futuras iteraciones del cuestionario.

Antes, debe especificarse la terminología utilizada a lo largo de este anexo:

- **Script:** archivo de texto interpretable por un editor para el lenguaje de programación Python.
- **Conjunto de datos/ base de datos sin procesar:** archivo original descargado del sitio web del proyecto ReGHID, alojado en el servidor Kobo.
- **Base de datos limpia:** archivo .csv final, listo para su análisis secundario.
- **Tabla de datos:** un conjunto de datos/matriz compuesta por n filas y m columnas. Sinónimos: base de datos, conjunto de datos.
- **Fila:** es la observación de una encuestada. Cada encuesta válida ocupa una sola fila. El número total de filas representa el tamaño de la muestra de la encuesta.
- **Columna:** es una variable, es decir, pregunta en el cuestionario ReGHID.
- **Encuestada potencial:** persona identificada por la recolectora de datos como candidata potencial y contactada por ella para proponerle participar en la encuesta.
- **Encuestada adulta:** persona mayor de 18 años dispuesta a participar en la encuesta.
- **Adolescente encuestada:** persona de 15 a 18 años que obtuvo el consentimiento de su tutor(a) para participar en la encuesta.
- **Columna/variable ficticia:** es una columna binaria generada automáticamente por la plataforma Kobo que representa una opción de preguntas con respuestas múltiples. Si se codifica con '1', indica que la encuestada seleccionó esta opción, mientras que '0' indica "opción no seleccionada".
- **Codificación:** proceso de reetiquetado de columnas de tipo categórico con números enteros. El orden de numeración no tiene relevancia a menos que se indique lo contrario en el diccionario de variables.
- **Versión de encuesta:** iteración de la encuesta ReGHID.

El proceso de limpieza de datos se realizó en el lenguaje de programación Python v3.7., incluida la generación de archivos .csv. Se utilizó MS Excel como repositorio de archivos con extensión .xlsx.

Metodología

Después de descargar el conjunto de datos sin procesar de la cuenta institucional en la plataforma Kobo Toolbox, se le cambió el nombre con la cadena "eSurvey_ReGHID", seguida del área geográfica donde fue levantada la información, el intervalo de mes(es) de aplicación, el año de aplicación y la fecha de descarga de la cuenta institucional. En el caso de esta primera encuesta ReGHID, el nombre editado del conjunto de datos sin procesar para la versión actual es "eSurvey_ReGHID_Central_America_6-7_2022_1_8_2022.xlsx". Este nombre se adoptó como estándar para futuras aplicaciones.

El archivo original cargado en Python tenía 1477 filas y 1920 columnas. La limpieza de datos comenzó con la definición de la muestra analítica. En primer lugar, se filtraron (eliminaron) las siguientes filas:

1. Encuestas simuladas, es decir, aquellas encuestas realizadas al desarrollar/probar el cuestionario, o aquellas realizadas durante la capacitación técnica para recolección de datos en campo. En Python, la instrucción fue: filtrar aquellas filas con fecha anterior al 1 de junio de 2022, o identificar el centro de detención con el nombre "Prueba". En este punto, el tamaño de la muestra se modificó a N=1439.
2. Encuestadas potenciales que se negaron a participar en la encuesta (pregunta: "¿La persona accedió a participar?"). En este punto, luego de excluir a las mujeres que rechazaron participar en la encuesta, el tamaño de la muestra cambió a N=1320.
3. Encuestadas adultas potenciales que se negaron a participar después de leer el consentimiento. Filtrarlas modificó el tamaño de la muestra a N=1310. Luego de estos tres pasos, el porcentaje de no respuesta total al cuestionario se estimó en un 9 %.
4. Tutores(as) de encuestadas adolescentes potenciales que se negaron a dar asentimiento para participar. No hubo cambios en el tamaño de muestra después de procedimiento, lo que probablemente signifique que esos casos fueron capturados en un filtrado anterior; N=1310.
5. Filas donde las respuestas a países de la jornada migratoria (país de origen, 1er a 5º país, último país transitado) se dejaron en blanco en todos los espacios, por lo que solo comprendían valores faltantes. Tamaño de la muestra: N=1308, después de aplicar este filtro.
6. Filas donde la jornada migratoria inició en países diferentes a Honduras o El Salvador. Solo hubo dos

casos de esta naturaleza: una comenzó en los Estados Unidos (EE. UU.) y otra en Belice. Después de filtrarlos, el tamaño de la muestra cambió a N=1306.

7. Encuestas donde se reportó que el último país en el que la encuestada pudo permanecer es diferente de México o EE. UU. Nuevamente, solo hubo dos casos de esta naturaleza: una encuestada reportó Honduras y otra, Guatemala. Después de filtrarlas, el tamaño de la muestra cambió a N=1304.
8. Jornadas migratorias consistentes únicamente en un solo país. No hubo casos. Así, el tamaño de la muestra no se modificó: N=1304.
9. Finalmente, filas donde las encuestadas potenciales no declinaron ni aceptaron participar en la encuesta (pregunta: “¿La persona accedió a participar?”). Después de este filtro, el tamaño de la muestra se modificó a N=1300.

Después, se eliminaron varias columnas:

1. Las generadas automáticamente y que no presentaron información relacionada con el cuestionario per se, identificadas principalmente como preguntas de tipo “nota” en la plataforma Kobo Toolbox. Al eliminarlas, se redujo el número de columnas a 1875.
2. Aquellas compuestas únicamente por valores faltantes, es decir, columnas sin datos. Al eliminarlas, el número de columnas se redujo a 1251.
3. Columnas con nombres/apellidos de los hijos(as) de las encuestadas. Después de eliminarlas, el número final de columnas en la base de datos fue de 1246.

Después de esto último, el conjunto de datos con una muestra analítica de 1300 filas (por ejemplo, encuestas válidas) y 1246 columnas pasó a la siguiente etapa de procesamiento, que consistió en reetiquetar los nombres de las columnas de acuerdo con la siguiente estructura:

1. El módulo se identifica con la cadena de texto ‘m’, seguida de su número. Por ejemplo, el módulo 1 se convirtió en ‘m1’.
2. Adición de un guion bajo ‘_’ después del número de módulo.
3. La pregunta se identifica con la cadena ‘q’, seguida de su número, y separando las preguntas anidadas, es decir, una pregunta desagregada de otra con guiones bajos. Por ejemplo, la pregunta 1.1 se convierte en ‘q1_1’ y la pregunta 2.1.2 se convierte en ‘q2_1_2’.
4. Cada vez que se menciona un país en una pregunta (no en las opciones de respuesta), se traduce a su abreviatura:
 - a. Honduras como HON.
 - b. El Salvador como ES. Por ejemplo, el departamento en el que nació la encuestada en El Salvador, en la pregunta 4 del módulo 1, se

convierte a ‘m1_q4_ES’.

- c. Guatemala como GT.
 - d. Belice como BEL.
 - e. México como MX.
 - f. Estados Unidos, EU.
5. Cada vez que una pregunta representa la duración de la estadía dentro de un país o la temporalidad de algún evento (como las semanas de gestación en el embarazo, por ejemplo):
 - a. La cantidad se denota con la cadena ‘q’. Por ejemplo, el tiempo que pasó la entrevistada en Guatemala durante su jornada migratoria, requerido en la pregunta 6.1 del módulo 2, se convierte en ‘m2_q6_1_GT_q’, y es adimensional, es decir, no tiene unidades.
 - b. La especificación de unidades de tiempo se indica con la cadena ‘t’. Por ejemplo, las unidades de tiempo correspondientes a la pregunta anterior se ubican en la columna ‘m2_q6_2_GT_t’ al lado de ‘m2_q6_1_GT_q’.
 6. Las opciones de las preguntas con respuesta múltiple están enumeradas en orden ascendente, precedidas por un guion bajo. El orden es trivial y solo indica la opción que el algoritmo de conteo encuentra primero. Por ejemplo:
 - a. Pregunta 9.5.1. en el módulo 2: seleccionar dos ubicaciones recordadas por la encuestada en México es ‘m2_q9_5_1’. Kobo crea una variable dummy para cada ubicación posible, siempre que la encuestada la haya seleccionado. Siguiendo con la pregunta del ejemplo, hay 65 ubicaciones posibles para elegir, lo que significa que la numeración va del 1 al 65. El nombre de la columna para la primera opción es Aguascalientes (número 1), luego Jesús María (número 2), y así sucesivamente hasta Agua Dulce (número 65). Las columnas que identifican esas tres opciones después del reetiquetado son ‘m2_q9_5_1_1’, ‘m2_q9_5_1_2’ y ‘m2_q9_5_65’, respectivamente.
 7. Los números de pregunta duplicados en un mismo módulo se identifican con el sufijo ‘d’, precedido de un guion bajo y seguido de un número entero. Por ejemplo, la pregunta 2.1 del módulo 2 se duplica una vez; por lo tanto, la columna se etiquetó como ‘m2_q2_1_d1’.
 8. Las preguntas que no pertenecen a ningún módulo, o que se crearon a lo largo del proceso de limpieza, se etiquetaron con un nemotécnico. Por ejemplo: 1) la columna que identifica los nombres de los centros de recepción se etiquetó como ‘ctro_rec’; 2) el número de países transitados durante la última jornada migratoria es la columna ‘n_paises_recorridos’.

Anexo 3. Carta metodológica de Honduras

Esta fue elaborada por el equipo investigador del proyecto ReGHID. Se reproduce íntegramente, sin modificaciones, con permiso de las investigadoras.

Proyecto “Cambiando las desigualdades de género en salud de mujeres y niñas migrantes y desplazadas en contextos de crisis prolongada en Centroamérica” (ReGHID)

EVENTO: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS PRELIMINARES DE HONDURAS

CARTA METODOLÓGICA DE LA MESA DE DISCUSIÓN DEL EVENTO

Nombre de la actividad: Presentación de resultados preliminares y mesas de trabajo Proyecto “Cambiando las desigualdades de género en salud de mujeres y niñas migrantes y desplazadas en contextos de crisis prolongada en Centroamérica” (ReGHID)

Objetivos:

1. Diseminar los resultados preliminares obtenidos en la recolección de datos por el proyecto “Desigualdades de género en salud de mujeres y niñas migrantes y desplazadas en contextos de crisis prolongada en Centroamérica” (ReGHID por sus siglas en inglés) a representantes de entidades que suman esfuerzos en relación con los módulos de los datos obtenidos.
2. Identificar y priorizar cinco brechas basadas en los resultados obtenidos.
3. Identificar tres causas por cada brecha identificada, para determinar estrategias que mitiguen desde la raíz.
4. Definir un plan de trabajo entre los representantes de las entidades presentes, para unir tiempo, esfuerzo y recursos en el abordaje de brechas en común, a través de estrategias y actividades distribuidas.

Lugar: Hotel Copantl y Convention Center, Res. Los Arcos, Blvr. del Sur, San Pedro Sula

Fecha: 11 de noviembre del 2022

Hora: De 8:40am. a 4:30pm.

Maestra de Ceremonia: Victoria Alejandra Maldonado

Participantes: Organizaciones internacionales, gubernamentales, ONG y sociedad civil.

Horario	Duración	Actividad	Dinámica	Materiales	Responsable
08:40 – 09:00	20 minutos	Registro	Los participantes se registrarán en una lista	Lista para registro Consentimiento informado	Staff OIM y SH
09:00 – 9:10	10 minutos	Palabras de Bienvenida	Presentar a todo el equipo ReGHID		Por definir
9:10 – 10:30	90 minutos	Presentación de Cada Organización (4 minutos cada una) Tipo de organización o institución Tipo de abordaje: En temas migratorios, salud sexual y reproductiva, VBG. Servicios Estadísticas	Se presentará el participante. El representante de cada organización deberá llevar elaborada su presentación, lista para compartirla. Su presentación deberá ser puntual y precisa, mencionando principalmente en qué se relaciona su trabajo o proyectos con los temas globales de la encuesta.	<ul style="list-style-type: none"> • Tablet para grabaciones • Portarrotafolio • Data Show • Computadora • Micrófono 	Todos
10:30 – 10:50	20 minutos	Refrigerio			

10:50 – 11:40	50 minutos	Presentación de Resultados Preliminares	<p>Introducción al Proyecto ReGHID-</p> <p>Propósito del Proyecto, objetivos, líneas de investigación y alcance en la región Latino Americana (corredor sur y corredor meso/ americano)</p> <p>12 minutos por cada una de las presentaciones por país:</p> <p>Principales hallazgos: Corredor centro americano – referidos a Honduras: cualitativo y cuantitativo-</p> <p>Hallazgos del corredor sur-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Data Show • Computadora • Micrófono 	Por definir
11:40 – 12:00	20 minutos	Preguntas y Respuestas		<ul style="list-style-type: none"> • Micrófono 	Por definir
12:00 – 1:00	60 minutos	Almuerzo			
1:00 – 1:25	25 minutos Lluvia de ideas	Extraer las cinco brechas más grandes <ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de ideas 	<p>Con la técnica la lluvia de ideas se priorizarán las cinco brechas más grandes según los resultados.</p> <p>1) Hacer una lista de todas las brechas</p> <p>2) Por votación, sacar las 5 brechas más importantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Portarrotafolio • Papel rotafolio • Marcadores • <i>Masking tape</i> 	Por definir
1:25– 1:45	20 minutos	Identificación del problema <ul style="list-style-type: none"> • En equipos 	<p>Se dividirá el grupo en cinco mesas de trabajo de acuerdo con la naturaleza de las organizaciones participantes (con la ayuda de la planilla informativa de Southhampton y cada moderador de equipo deberá escribir en la matriz de recolección de información una reflexión sobre los resultados: ¿Qué problemática/s pueden identificar a la luz de los resultados mostrados? Por último, dejar las tres problemáticas identificadas más importantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Laptop</i> • Documento en One Drive (matriz de recolección de información) • Portarrotafolio • Papel rotafolio • Tarjetas • Marcadores • <i>Masking tape</i> 	Liz Ramos brindará explicación de trabajo de sección y se designará un moderador de parte del equipo organizador para apoyar cada mesa.
1:45 – 2:25	40 minutos	Pertenencia de datos En equipos (cada equipo tendrá 5 minutos para presentar y 3 para intercambio de opiniones)	<p>Continúan las 5 mesas de trabajo en el cual cada moderador será responsable de ingresar la información a la matriz de recolección de información la argumentación en el marco de las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo creen que estos datos/ resultados pueden utilizarse para optimizar las gestiones de los programas/ iniciativas/servicios que ustedes realizan con la población migrante? • ¿con qué otros datos se podrán vincularse estos resultados? • ¿Qué información extra sería relevante explorar/vincular en otros lugares? 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Laptop</i> • Documento en One Drive (matriz de recolección de información) • Portarrotafolio • Papel rotafolio • Tarjetas • Marcadores • <i>Masking tape</i> 	Liz Ramos brindará explicación de trabajo de sección y se designará un moderador de parte del equipo organizador para apoyar cada mesa.

2:25– 2:40	15 minutos	Plenaria /Refrigerio cada mesa de trabajo tendrá 5 minutos para presentar y 3 para intercambio de opiniones)	Cada mesa presentará su trabajo al resto de los grupos. Al final de su presentación habrá preguntas y respuestas, así como opiniones para agregar algo más y enriquecer lo ya elaborado		Niceforo Bibiano
2:40–4:10	90 minutos	Propuestas/ recomendaciones/ iniciativas a desarrollar en colaboración En equipos de organizaciones uniendo esfuerzos según el abordaje de los temas de sus proyectos y la relación con las problemáticas que pueden mitigar:	<p>Siempre en 5 mesas de trabajo, estos, según el abordaje de los temas de sus proyectos y la relación con las problemáticas que pueden mitigar. Se llenará la matriz de recolección de información la argumentación de las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo podrían incorporarse/utilizarse estos resultados en los programas/ iniciativas que su organización lleva a cabo con mujeres migrantes. • ¿Qué mecanismos o medios se podrían emplear para este cometido? <p>Al mismo tiempo, en las mesas de trabajo se tendrá que desarrollar una ruta de próximos pasos en el cual se pueda definir lo siguiente:</p> <p>Qué harán (Estrategias, actividades y recursos): ej. Educar a la población mediante capacitaciones Cuándo: ej. Enero del 2023 Durante cuánto tiempo: ej: 06 meses Cómo: ej. Cabildeando fondos, gestionando con otros donantes, remitiendo, etc. Quién será el responsable de... ej. Médicos sin fronteras remitirá personas a...</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tablets</i> • Computadoras • USB 	Liz Ramos brindará explicación de trabajo de sección y se designará un moderador de parte del equipo organizador para apoyar cada mesa.
4:10–4:30	20 minutos	Comentarios, evaluación y conclusiones del evento		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tablets</i> • Computadoras 	

Anexo 4. Carta metodológica El Salvador

Ésta fue elaborada por el equipo investigador de FLACSO El Salvador. Se reproduce íntegramente, sin modificaciones, con permiso de las y los investigadores/as.

Proyecto ReGHID (Reparación de las desigualdades de género en salud de mujeres y niñas desplazadas)

EVENTO DE PRESENTACIÓN DE RESULTADOS EN EL SALVADOR

CARTA METODOLÓGICA DE LA MESA DE DISCUSIÓN DE LA TARDE

Nombre de la actividad: Mesa de discusión

Lugar: Hotel Barceló, San Salvador

Fecha: lunes 14 de noviembre de 2022

Hora: 1:00 p.m. - 4:00 p.m.

Responsables: Mónica Linares, Henry García y Marielos Rodríguez (FLACSO El Salvador); Andrea Rivera (OIM El Salvador) y Liz Ramos (OIM Honduras).

Objetivo. Generar una mesa de discusión con personas representantes de diferentes entidades del SICA para que estas puedan:

- Realizar una devolución sobre los resultados presentados, centrándose en los hallazgos claves cualitativos y cuantitativos, desde una perspectiva regional, tomando como base los retos regionales.
- Identificar acciones que se pueden realizar a nivel regional y desde el SICA para mejorar el acceso a servicios de SSR de mujeres, adolescentes y mujeres transmigrantes del norte de Centroamérica en la ruta migratoria, en el corredor centroamericano.
- Identificar sinergias entre los diferentes actores de la región para implementar esas acciones.
- Establecer un plan de trabajo y una hoja de ruta para dar seguimiento a los acuerdos.

Participantes: equipo ReGHID y representantes del SICA.

Hora	Tiempo	Actividad	Metodología	Recursos	Responsable
1:00 – 1:10 p.m.	10 minutos	Toma de asistencia		<ul style="list-style-type: none"> • Listas de asistencia 	Equipo de FLACSO El Salvador
1:10 – 1:20 p.m.	10 minutos	Bienvenida, introducción a la actividad y explicación de la metodología			María Paula Quintero (Jefa adjunta de Misión de OIM El Salvador) y Marielos Rodríguez (FLACSO El Salvador)
1:20 – 1:40 p.m.	20 minutos	Presentación de las personas participantes	Cada persona se presenta, mencionando su nombre, la instancia del SICA que representa, su cargo/la labor que realiza y el trabajo que ha realizado en el tema de migración y SSR.		Todas y todos
1:40 – 1:55 p.m.	15 minutos	Presentación de los hallazgos claves cualitativos y cuantitativos para la discusión	Breve exposición del equipo cualitativo y cuantitativo.		Henry García (FLACSO El Salvador), Nicéforo Garnelo (OIM) y Sarahí Rueda (University of Southampton)

1:55 – 2:15 p.m.	20 minutos	<p>Plenaria. Espacio de discusión/ devolución sobre los hallazgos</p>	<p>Abrir el espacio para que las personas participantes realicen una devolución sobre las presentaciones de la mañana y los hallazgos claves, con base en las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuáles son los 3 hallazgos que les parecen más importantes? • ¿Son consistentes con lo que ha podido observar desde su práctica? • ¿Qué implicaciones o impacto directo puede tener para su organización? • ¿La situación es susceptible de mejorar con las políticas vigentes? ¿Hay que modificarlas, o plantear nuevas? <p>Preguntar si consideran que hay otros hallazgos importantes para considerarlos. Nicéforo estará llenando la matriz y la proyectará para que lxs participantes puedan verla.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Laptop</i> para tomar notas • Proyectar la pantalla de Nicéforo, quien estará llenando la matriz 	<p>Pia Riggiozzi (University of Southampton)</p> <p>Participantes</p>
2:15 – 2:20 p.m.	5 minutos	<p>Explicación de la actividad de trabajo en grupo para identificar las acciones y sinergias que se pueden establecer para mejorar el acceso a servicios de SSR de las mujeres y adolescentes migrantes del norte de Centroamérica en la ruta migratoria</p>	<p>Explicar que se realizará trabajo en grupo con base en las preguntas generadoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué acciones, en general, se pueden realizar a nivel regional para mejorar el acceso de las mujeres, adolescentes y mujeres trans del norte de Centroamérica a servicios de SSR en la ruta migratoria, en el corredor centroamericano? • ¿Qué acciones se pueden realizar desde el SICA/desde la unidad que representan del SICA? • ¿Qué se necesita para implementar esas acciones? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué sinergias pueden establecerse entre diferentes actores de la región para implementar dichas acciones? • ¿Qué tipo de apoyo necesitan desde OIM para implementar las acciones en la región? 		<p>Marielos Rodríguez (FLACSO El Salvador)</p>
2:20 – 2:50 p.m.	30 minutos	<p>Trabajo en grupo para identificar las acciones y sinergias. Se pueden formar los grupos por temática previamente, a partir del formulario llenado en Kobo.</p>	<p>Trabajo en grupo para identificar las acciones y sinergias, y plasmarlas en papeles de colores, que se pegarán en papelógrafos.</p> <p>Se proyectarán las preguntas para que lxs participantes puedan verlas, y se tendrá un papelógrafo por pregunta, en el cual se pegarán los insumos. Nicéforo, Henry y Marielos estarán en cada mesa llenando la matriz en línea con los insumos.</p> <p>Andrea, Liz, Mónica y demás equipo ReGHID estarán facilitando y apoyando la discusión en las mesas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Laptop</i> para tomar notas • Papelógrafos (1 por pregunta, por grupo) • Páginas de colores • Plumones • Rotafolio • Tirro 	<p>Participantes</p>

2:50 – 3:00 p.m.	10 minutos	Coffee break	Los equipos de FLACSO El Salvador, OIM y ReGHID se reúnen para discutir lo trabajado por los grupos.		
3:00 – 3:30 p.m.	30 minutos	Espacio de plenaria (discusión integral de todas las personas participantes) para compartir lo discutido en los grupos de trabajo	Cada grupo presenta los aportes generados. Cada grupo tiene 5 minutos máximo para presentar lo discutido, apoyándose de los papelógrafos, los cuales se pegarán o colocarán en los rotafolios. Preguntar: aparte de lo que han compartido, ¿tienen otras recomendaciones para atender la problemática? Nicéforo estará llenando la matriz en línea. Marielos y Henry estarán llenando matrices descargadas. Equipo toma nota y sistematiza las acciones prioritarias y las sinergias identificadas, y brinda insumos a la persona facilitadora de la siguiente sección.	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop para tomar notas • Papelógrafos • Páginas de colores • Plumones • Rotafolio • Tirro 	Andrea Rivera (OIM El Salvador) y Liz Ramos (OIM Honduras)
3:30 – 4:00 p.m.	30 minutos	Plenaria. Validación de las acciones y sinergias identificadas; y generación de acuerdos y de un plan de trabajo y hoja de ruta de seguimiento a los acuerdos Discutir las preguntas de la matriz.	Las facilitadoras mencionan las principales acciones identificadas y las somete a validación y comentarios de las personas participantes. Generación de acuerdos y un plan de trabajo o ruta de seguimiento a los acuerdos. Se discutirá en plenaria las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> • Acciones identificadas • Actividad/estrategia • Inicio de actividad/estrategia • Duración de la actividad/estrategia • ¿Cómo se realizará el seguimiento de la actividad/estrategia? • ¿Qué organización u organizaciones pueden hacerse responsables de su implementación y/o monitorización? • ¿Cómo se evaluarán los avances/ efectividad/impacto de la actividad/ estrategia? • ¿Qué insumos se requieren para su implementación? 	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop para tomar notas • Papelógrafos • Páginas de colores • Plumones • Rotafolio • Tirro 	Andrea Rivera (OIM El Salvador) y Liz Ramos (OIM Honduras)
4:00 p.m.		Cierre de la actividad	Agradecimiento de la participación y despedida.		

Sistematización de información:

El equipo de FLACSO El Salvador y Nicéforo estarán tomando notas y recolectando insumos sobre las discusiones: FLACSO El Salvador, para sistematizar los insumos enfocados en los hallazgos cualitativos y Nicéforo, para los insumos de los hallazgos cuantitativos.

Se organizarán 3 mesas de trabajo con las personas representantes del SICA.

- En la sección de tiempo: 2:20 a 2:50 p.m. estarán en cada mesa llenando la matriz en línea: Nicéforo, Henry y Marielos. Natalia también apoyará en llenar la matriz.

En las demás secciones, Nicéforo estará llenando la matriz en línea, y Henry y Marielos llenarán matrices descargadas, y luego compartirán los resultados.

Anexo 5. Extractos de la matriz de captura utilizada en Honduras

[13:00 - 13:45] Identificación del problema

Problemática	Problemáticas identificadas durante las sesiones, y a partir de los materiales de revisión	¿Qué temas específicos son prioritarios?	Notas adicionales
1			
2			
3			

[13:45 - 14:25] Pertinencia de datos

Dato/resultado (escribir referencia y verificarlo en el material escrito)	¿Cómo creen que estos hallazgos contribuyen a sus actividades con mujeres migrantes?	¿De qué manera se pueden incorporar a sus actividades? Mecanismos, etc.	¿Cómo se puede asegurar la continuidad de esta encuesta? ¿Con qué frecuencia se debería implementar? Idealmente, ¿Quién debería hacerlo?	Notas adicionales

[14:40 - 16:10] Propuestas/recomendaciones/iniciativas a desarrollar en colaboración

Dato/ resultado (escribir referencia y verificarlo en el material escrito)	Dadas las problemáticas identificadas, ¿qué estrategias se pueden implementar en la búsqueda de soluciones?	¿Por medio de qué iniciativas?	Plan de acción (hoja de ruta) para lograr su cometido							Notas adicionales
			Actividad/ estrategia. Ejemplo: Educar a la población mediante capacitaciones	Inicio de la actividad/ estrategia	Duración de la actividad/ estrategia	Operacionalización. ¿Cómo se logrará? Por ejemplo, gestionando fondos, compartiendo recursos	¿Qué organización u organizaciones pueden hacerse responsables de su implementación?	¿Cómo se evaluarán los avances/ efectividad/ impacto de la actividad/ estrategia?	¿Qué insumos se requieren para su implementación?	

