

LA INCERTIDUMBRE DEL CAMINO

**Diagnóstico
sobre las Condiciones de Salud
de las Personas Migrantes
en Centroamérica 2024**



Información de la publicación

Diagnóstico sobre las Condiciones de Salud de las Personas Migrantes en Centroamérica

Instituto Nacional de Salud Pública
Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas

Cuernavaca, Morelos, México

Equipo de investigación del Instituto Nacional de Salud Pública

Sergio Bautista-Arredondo
Heleen Vermandere
Diego Cerecero García
Alma Lilia Cruz Bañares
Anabel Rojas Carmona
Joaquín Arnoldo Escobar Trinidad
José Fernando Macías González
Teresa Ruiz Rivera
Alicia Piñeirúa Menéndez
Marian Arlet Ferrara López
Mónica Leyva
Santiago Aguilera Mijares

Asociación PASMO

Susana Lungo Galvez
Carlos Alberto Palma Solorzano
Sofía Maribel Soberanis López
Equipos locales PASMO Guatemala, El Salvador, Honduras y Panamá

Este estudio fue posible gracias al apoyo generoso del pueblo de los Estados Unidos, a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para Alivio del SIDA (PEPFAR). El contenido de este estudio es responsabilidad de PASMO y no necesariamente refleja el punto de vista de USAID, PEPFAR o del gobierno de los Estados Unidos.

Índice

Resumen Ejecutivo	7
1. Introducción	10
2. Objetivos.....	13
3. Metodología	14
3.1. Componente cuantitativo	17
3.1.1. Reclutamiento de participantes	17
3.1.2. Recolección de la información.....	17
3.1.3. Análisis de la información.....	18
3.2. Componente cualitativo	19
3.2.1. Reclutamiento de participantes	19
3.2.2. Recolección de la información.....	20
3.2.3. Análisis de la información.....	21
4. Resultados.....	22
4.1. Componente cuantitativo	22
4.1.1. Migración internacional	22
Características individuales	22
Características del trayecto migratorio.....	23
Comportamiento sexual.....	26
Prevalencia de VIH y sífilis	27
Necesidades de salud	29
Población migrante en alto riesgo.....	31
4.1.2. Migración interna.....	34
Características individuales	34
Características del trayecto migratorio.....	35
Comportamiento sexual.....	36
Prevalencia de VIH y sífilis	37
Necesidades de salud	39
Población migrante en alto riesgo.....	40
4.2. Componente cualitativo	43
Perfil sociodemográfico de las PM.....	43
Acceso limitado a alimentos y agua potable	44
Ocurrencia de enfermedades ambulatorias, lesiones y heridas.....	45
Atención a enfermedades crónicas.....	46

Impacto en la salud mental.....	46
Experiencias en la salud sexual y reproductiva	47
Situaciones de violencia	48
Personas migrantes en alto riesgo	49
Respuesta institucional ante la movilidad de personas migrantes	49
4.2.2 Resultados cualitativos por país.....	51
4.2.2.1. México	51
Perfil de las personas migrantes.....	51
Pre migración.....	52
Perspectiva de las personas migrantes	52
Movimiento hacia México.....	53
Perspectiva de las personas migrantes	53
Perspectiva de los actores claves.....	54
Estancia en México.....	55
Perspectiva de las personas migrantes	55
Respuesta institucional ante la movilidad de personas migrantes.....	57
Perspectiva de actores claves	57
1) Atención a las necesidades básicas.....	57
2) Asesoría legal sobre su situación migratoria	57
3) Atención a salud.....	58
Contexto	62
Perfil de las personas migrantes.....	62
Pre migración.....	63
Perspectiva de personas migrantes.....	63
Movimiento hacia Guatemala.....	65
Perspectiva de personas migrantes.....	65
Respuesta institucional ante la movilidad de personas migrantes.....	68
Perspectiva de actores claves	68
1) Atención a las necesidades básicas y legales	68
2) Atención a salud.....	69
4.2.2.3 Honduras.....	70
Contexto	70
Perfil de las personas migrantes.....	70
Pre migración.....	71
Movimiento hacia Honduras.....	72
4.2.2.4. El Salvador	76

Perfil de actores clave.....	76
Pre migración.....	77
Movimiento hacia El Salvador	77
Respuesta institucional ante la movilidad de personas migrantes.....	78
Atención a salud.....	78
Atención a salud general	78
Atención a salud sexual y reproductiva	80
Atención a situaciones de violencias	80
4.2.2.5. Costa Rica	81
Perfil de actores clave.....	81
Pre migración.....	81
Movimiento hacia Costa Rica.....	83
Respuesta institucional ante la movilidad de personas migrantes.....	84
Atención a salud.....	84
Atención a salud general	84
Atención a salud sexual y reproductiva	85
Atención a situaciones de violencias	86
4.2.2.6. Panamá	88
Perfil de actores clave.....	88
Pre migración.....	88
Movimiento hacia Panamá.....	89
Respuesta institucional ante la movilidad de personas migrantes.....	90
Atención a salud.....	90
Atención a salud general	90
Atención a salud sexual y reproductiva	91
Atención a situaciones de violencias	92
5. Conclusión	95
6. Referencias.....	98
7. Anexo 1: Sitios de estudio.....	101
8. Anexo 2: Informe de entrevistas semiestructuradas de Panamá elaborado por el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud	103
9. Agradecimientos	106

Tablas

Tabla 1. Criterios de inclusión en el estudio	14
Tabla 2. Aplicación de los componentes del estudio por país	15
Tabla 3. Características individuales de la población migrante internacional	23
Tabla 4. Comportamiento sexual de la población migrante internacional	27
Tabla 5. Características de la población migrante internacional en comparación con los resultados de las pruebas de VIH	28
Tabla 6. Características de la población migrante internacional en comparación con los resultados de las pruebas de sífilis	29
Tabla 7. Necesidades de salud de la población migrante internacional.....	30
Tabla 8. Características individuales de la población migrante internacional en alto riesgo	32
Tabla 9. Características del trayecto migratorio de la población migrante internacional en alto riesgo	32
Tabla 10. Comportamiento sexual de la población migrante internacional en alto riesgo	33
Tabla 11. Necesidades de salud de la población migrante internacional en alto riesgo.....	33
Tabla 12. Características individuales de la población migrante interna.....	35
Tabla 13. Comportamiento sexual de la población migrante interna	37
Tabla 14. Características de la población migrante interna en comparación con los resultados de las pruebas de VIH	38
Tabla 15. Características de la población migrante interna en comparación con los resultados de las pruebas de sífilis	39
Tabla 16. Necesidades de salud de la población migrante interna.....	40
Tabla 17. Características individuales de la población migrante interna en alto riesgo.....	40
Tabla 18. Características del trayecto migratorio de la población migrante interna en alto riesgo.....	41
Tabla 19. Comportamiento sexual de la población migrante interna en alto riesgo	42
Tabla 20. Necesidades de salud de la población migrante interna en alto riesgo.....	42
Tabla 21. Perfil sociodemográfico de las personas migrantes entrevistadas	44
Tabla 22. Perfil de las personas migrantes entrevistadas en México	51
Tabla 23. Perfil de las personas migrantes entrevistadas en Guatemala	63
Tabla 24. Perfil de las personas migrantes entrevistadas en Honduras	71
Tabla 25. Sitios de implementación del estudio en El Salvador.....	101
Tabla 26. Sitios de implementación del estudio en Guatemala	101
Tabla 27. Sitios de implementación del estudio en Honduras	102
Tabla 28. Sitios de implementación del estudio en Panamá.....	102
Tabla 29. Sitios de implementación del estudio en México	102

Ilustraciones

Ilustración 1. País de inicio de la población migrante internacional	24
Ilustración 2. Países de destino de la población migrante internacional	24
Ilustración 3. Motivos de migración de la población migrante internacional.....	25
Ilustración 4. Experiencias de violencia en la población migrante internacional	26
Ilustración 5. Prevalencia de VIH y sífilis en la población migrante internacional	27
Ilustración 6. Motivos de migración de la población migrante interna	35
Ilustración 7. Experiencias de violencia en la población migrante interna.....	36
Ilustración 8. Prevalencia de VIH y sífilis en la población migrante interna.....	37

Resumen Ejecutivo

Con el propósito de generar evidencia que permita diseñar políticas de salud apegadas a las necesidades de la población migrante, **este estudio documenta las condiciones y necesidades de salud de las personas migrantes (PM), así como sus conocimientos y experiencias con respecto a los servicios de salud** disponibles en cinco países de Centroamérica: Panamá, Honduras, El Salvador, Guatemala y el sur de México.

Para la recolección y el análisis de la información, la población migrante se segmentó entre personas migrantes internacionales e internas. Además, se utilizó un enfoque metodológico mixto que incluyó herramientas cuantitativas y cualitativas.

En el componente cuantitativo del estudio, se aplicaron 3 mil 162 encuestas, 2 mil 961 pruebas de detección de VIH y 2 mil 376 pruebas de sífilis a personas migrantes internacionales. La muestra final estuvo compuesta principalmente por hombres (64%), con una edad mediana de 30 años y un nivel educativo básico (68%). En cuanto a la población de migrantes internos, se realizaron 775 encuestas, 423 pruebas de sífilis y 642 pruebas de VIH. La muestra de personas migrantes internas se caracterizó por un ligero predominio de hombres (51%), una edad mediana de 30 años y 90% de personas con nivel educativo básico.

Como parte del componente cualitativo se realizaron 61 entrevistas a personas migrantes internacionales ubicadas en Honduras, Guatemala y México y 25 entrevistas a actores clave de Panamá, Costa Rica, El Salvador, Guatemala y México.

Respecto a la **población migrante internacional**, los resultados de los componentes cuantitativo y cualitativo del estudio sugieren lo siguiente:

Características generales y del proceso migratorio

- Honduras (29%), Venezuela (20%), y Colombia (13%) fueron los principales países de inicio del trayecto migratorio.
- México fue el segundo país de destino (33%) de las PM, después de Estados Unidos (53%).
- En cuanto a las razones para migrar, la violencia o inseguridad (58%) y la búsqueda de empleo (57%) fueron los principales motivos. Esta violencia provoca que las PM inicien su trayecto en un contexto de emergencia, lo que incrementa su vulnerabilidad. Además, se identificó que las PM de la población en alto riesgo viven una vulnerabilidad mayor debido a que, incluso antes de tomar la decisión de migrar, se enfrentan a condiciones de violencia y discriminación.
- Durante el trayecto, tres de cada diez PM experimentaron violencia. Cabe destacar que las mujeres migrantes se encuentran particularmente en riesgo de sufrir violencia sexual. El 72% de las PM que reportaron violencia sexual durante el tránsito fueron

mujeres. A pesar de estas condiciones, los actores clave y las PM entrevistadas tienen la percepción de que ha incrementado el número de mujeres con niños que deciden migrar.

Necesidades de salud y uso de los servicios médicos

- Dos de cada diez PM presentaron problemas de salud, principalmente respiratorios (21%) y traumatismos (15%). Además, destaca que la inseguridad alimentaria severa afectó a 71% de las PM internacionales. Sin embargo, las PM buscan llegar rápido a su destino y solo se detienen por comida, refugio o emergencias médicas, evitando detenerse o separarse del grupo. El 69% recibió atención médica, principalmente en albergues o casas de migrantes (16%), consultorios de Médicos sin Fronteras (10%) y la Cruz Roja (10%).
- En las entrevistas, las PM manifestaron la necesidad de servicios de salud que les acerquen la atención, medicamentos básicos para su viaje y la garantía de no ser deportadas si buscan asistencia médica.
- En cuanto a la salud mental de las PM, se encontró una alta prevalencia de depresión (44%) y ansiedad 66%. Estos problemas se agudizan en la población en alto riesgo, donde se presentaron tasas aún más elevadas de depresión (64%) y ansiedad (83%).
- Las condiciones previas a la salida, sumadas a los riesgos y situaciones vividas durante el trayecto, potencian la vulnerabilidad de las PM a desarrollar problemas de salud mental. Esta situación resalta la urgente necesidad de acceso a espacios de apoyo y cuidado de la salud mental, así como a servicios especializados en atención de crisis que consideren sus limitaciones de tiempo.
- Por el lado de los comportamientos sexuales de la población migrante internacional, un cuarto señaló haber tenido relaciones sexuales durante el trayecto y, de ellos, 71% indicó un uso inconsistente del condón. Cabe mencionar que el uso inconsistente del condón fue más frecuente entre quienes no pertenecían a la población en alto riesgo (60%) en comparación con quienes sí formaban parte de ella (73%).
- Entre las PM internacionales, se encontró una prevalencia de VIH de 2.1% y de 4.3% para sífilis. Estas tasas fueron más altas en la población en alto riesgo donde la prevalencia de VIH alcanzó el 13% y la de sífilis el 16%.

En el caso de la **población migrante interna**, los resultados del componente cuantitativo indican lo siguiente:

Características generales y del proceso migratorio

- La búsqueda de empleo (87%) fue el principal motivo de migración para las PM internas, mientras que solo 11% mencionó la violencia o inseguridad como causa, en contraste con el 58% de la población migrante internacional.
- Durante el trayecto, la población migrante interna de alto riesgo experimentó violencia con mayor frecuencia (30%) que las PM internas de población general (17%). Además, quienes dieron positivo en la prueba de VIH (82%) y sífilis (33%) sufrieron más discriminación en el tránsito que quienes dieron negativo en ambas pruebas (52% y 20%, respectivamente).
- Entre las PM internas de alto riesgo, el porcentaje de quienes enfrentaron discriminación en el tránsito tras solicitar empleo (46%), buscar donde vivir (40%) o por parte de la policía (42%) fue mayor que en el grupo de PM de población general (27%, 24% y 18%, respectivamente).

Necesidades de salud y uso de los servicios médicos

- Al igual que las PM internacionales, dos de cada diez PM internas reportaron problemas de salud, principalmente traumatismos (42%) y enfermedades respiratorias (15%). Destaca que la inseguridad alimentaria severa afectó al 46% de las PM internas.
- En comparación con las PM internacionales, la población migrante interna presentó una menor prevalencia de depresión (29%) y ansiedad (52%). Además, entre las PM internas de alto riesgo, la prevalencia de depresión (44%) y ansiedad (75%) fue mayor en comparación con su contraparte en el mismo flujo de migrantes.
- En cuanto a los comportamientos sexuales, 70% de las PM internas reportó haber tenido relaciones sexuales durante el trayecto y 62% indicó un uso inconsistente del condón. Destaca que el uso inconsistente del condón fue más frecuente entre quienes no pertenecían a la población en alto riesgo (64%) en comparación con quienes sí formaban parte de ella (43%).
- La prevalencia de VIH en la población migrante interna fue de 1.7% y la de sífilis de 4.9%. Entre las PM internas en alto riesgo, la prevalencia de VIH fue de 9.8% y la de sífilis de 15.7%.

Los resultados del estudio revelan la complejidad de las circunstancias y los desafíos que enfrenta la población migrante en su búsqueda de una mejor calidad de vida.

1. Introducción

La migración internacional ha experimentado un notable aumento en el mundo, pasando de 272 millones de personas en 2019 a 281 millones en 2020 (1). Este fenómeno, que ha triplicado su tamaño desde 1970, es impulsado por una variedad de factores económicos, sociales, políticos y culturales (2).

La región de Centroamérica, en particular, presenta una dinámica migratoria compleja que incluye la emigración desde países centroamericanos hacia América del Norte; flujos migratorios intrarregionales en los que Belice, Costa Rica y Panamá son los principales países de destino; flujos de tránsito de migrantes provenientes del Caribe, América del Sur, Asia y África que se dirigen hacia Estados Unidos y flujos migratorios de retorno desde Estados Unidos y México hacia Honduras, Guatemala y El Salvador (3).

En años recientes, la intensidad de los flujos migratorios mixtos (movimientos de personas que tradicionalmente migran por motivos económicos, desplazados internos temporales, refugiados o las personas que requieren protección internacional) ha incrementado considerablemente. Por ejemplo, la actual crisis política de Venezuela ha generado flujos mixtos de refugiados y emigrantes que posicionan a México, Panamá y Costa Rica como los principales países de destino entre la población migrante (4). Asimismo, a finales de 2020, Honduras, Guatemala y El Salvador tuvieron dentro de su territorio a cerca de 900 mil personas que fueron desplazadas forzosamente por la violencia, la delincuencia, el cambio climático y diversos factores económicos (5).

Por otro lado, el número de personas migrantes que viajan solas y son menores de edad, se ha incrementado. En la primera mitad del 2021, 15% de los 226 mil migrantes que llegaron a la frontera de México con los Estados Unidos desde Honduras, Guatemala y El Salvador, eran menores no acompañados (6).

Si bien existe literatura que ha documentado el fenómeno migratorio, los cambios recientes en el volumen y la composición de la población migrante en la región centroamericana crean la necesidad de reevaluar la información con la que se cuenta para tomar decisiones de política pública que respondan a las necesidades del momento.

Salud sexual y migración

Las personas migrantes se enfrentan a múltiples desafíos que afectan su bienestar físico y mental, especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. La vulnerabilidad a enfermedades como el VIH y otras ITS se ve exacerbada por las dificultades económicas, las restricciones de tránsito, las barreras de acceso a servicios de salud y la presencia de violencia (7). Además, la desprotección legal durante el tránsito y en el país de

destino, así como el estigma y la discriminación hacia la población migrante, se han asociado con un acceso escaso a servicios de salud, especialmente salud sexual y reproductiva (8-10).

Diversos estudios han documentado prácticas sexuales de riesgo en la población migrante, incluido el sexo transaccional (12-23), sin protección (9-11,20,23-27) y bajo el consumo de drogas (11,13-14,18,20-21,26), lo que subraya la necesidad de mejorar el acceso a la prevención y tratamiento de VIH e ITS a lo largo de la ruta migratoria.

Por ejemplo, en 2015 se identificó en un grupo de mujeres y hombres migrantes recién llegados a los Estados Unidos desde Centroamérica, El Caribe y Sudamérica, que el uso del condón disminuyó al momento de comenzar su proceso migratorio, especialmente entre aquellos con menor educación y edad y con mayores ingresos (24). Por otro lado, en un estudio realizado en 2017 en la frontera de México con Guatemala, se reportó que 24% de las PM centroamericanos entrevistados (41% mujeres y 19% hombres) intercambió sexo por bienes o servicios y que 37% de los hombres habían pagado por sexo (12).

Además, la violencia, incluida la sexual, es un motivo recurrente para la migración y un riesgo constante durante el trayecto, afectando desproporcionadamente a mujeres y poblaciones trans (13,20,25). En 2017 se documentó que el 25% de menores de edad (mujeres y hombres jóvenes) no acompañados provenientes del Triángulo Norte y México en tránsito por México (28) y 83% de migrantes del Triángulo Norte ubicados en McAllen, Texas, emigraron a causa de la violencia (29).

En relación con la violencia sexual, en 2019, un estudio con hombres y mujeres centroamericanos en tránsito por México hacia los EU reportó que 2% de los participantes sufrieron violencia sexual durante el tránsito (13). En particular, se ha documentado que las migrantes centroamericanas trabajadoras sexuales en la frontera de México con Guatemala denuncian abusos sexuales por parte de clientes (especialmente ante consumo de sustancias y negociación de uso del condón) y autoridades (en situaciones de detención, deportación y movilidad circular) (19,23).

Desafíos de salud mental, uso de drogas y otras necesidades de salud

La salud mental es un área crítica en la población migrante (22,23,29-36), con prevalencias de 32% a 57% de trastorno de estrés post traumático (TEPT), 22% a 30% de depresión y 30% de ideación suicida, ligadas a las adversidades del viaje migratorio (28-29,33). La evidencia cualitativa igualmente señala distintos problemas de salud mental en migrantes centroamericanos. Por ejemplo, se ha documentado TEPT y depresión debido a la violencia y dificultades del trayecto (29); ideación suicida y estrés postraumático tras ser forzados a delinquir (34); y distintas emociones negativas por separación de la familia (22,32).

El abuso no sexualizado de alcohol y drogas también figura como un problema entre las personas migrantes, tanto como motivo de migración, como por su impacto en la salud y seguridad de las PM durante el trayecto (10,14,26,30,33-35,40). Entre migrantes en tránsito hacia EU (principalmente desde el Triángulo Norte), se ha documentado una prevalencia de consumo de alcohol de 32% (39) y 13% de dependencia a éste (33). En la etapa de retorno, la dependencia de alcohol fue del 39% entre hombres y mujeres centroamericanos y mexicanos (34).

Además, se han documentado otros problemas de salud, como enfermedades respiratorias, traumatismos y desafíos relacionados con la seguridad alimentaria, lo que destaca la discriminación y exclusión social que enfrentan las personas migrantes (13,34,40-45).

Este panorama de retos y cambios constantes que experimenta la población migrante, plantea la necesidad de realizar nuevos esfuerzos para comprender las necesidades de salud, incluida la salud sexual, y los recursos con los que cuenta esta población para satisfacerlas. En este estudio se documentan las condiciones de salud sexual y las necesidades de servicios preventivos y de atención de la población migrante en tránsito por Centroamérica y el sur de México.

2. Objetivos

Objetivo general

Documentar las condiciones y necesidades de salud de las personas migrantes, así como sus conocimientos y experiencias sobre los servicios de salud disponibles a lo largo de la ruta migratoria que va desde Panamá hasta el sur de México, y comprende seis países.

Objetivos específicos

Para cumplir con el objetivo general de este estudio, los objetivos específicos son los siguientes:

Componente cuantitativo

- Medir las características individuales de la población migrante en sitios de concentración, como albergues y casas de migrantes, en Panamá, Honduras, El Salvador, Guatemala y México, incluyendo sus características demográficas (edad y sexo), sus comportamientos, preferencias y niveles de vulnerabilidad.
- Medir las necesidades de salud reportadas por la población migrante y su uso de servicios de salud en Panamá, Honduras, El Salvador, Guatemala y México.
- Medir la existencia de servicios de salud para población migrante alrededor de los centros de concentración de población migrante.
- Medir la prevalencia de VIH y sífilis en una muestra de migrantes en tránsito por cada uno de estos países.

Componente cualitativo

- Explorar las necesidades de salud (sexual) de las personas migrantes a lo largo de la ruta y su acceso a servicios de salud.
- Explorar la relación entre las condiciones de salud (sexual) de las personas migrantes y las condiciones de viaje, así como comportamientos de riesgo y vulnerabilidades a lo largo de la ruta.

3. Metodología

A partir de la definición de persona migrante de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM)¹, este estudio utilizó métodos cuantitativos y cualitativos para documentar las condiciones y necesidades de salud de las personas migrantes, así como sus conocimientos y experiencias con respecto a los servicios de salud disponibles a lo largo de su tránsito por Panamá, Costa Rica, Honduras, El Salvador, Guatemala y México.

Las estrategias empleadas en el componente cuantitativo para la recolección de información incluyen una encuesta y pruebas rápidas para la detección de VIH y sífilis. En el caso del componente cualitativo, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con dos grupos de personas: actores clave y personas migrantes (ver tabla 1).

Tabla 1. Criterios de inclusión en el estudio

		Componente Cuantitativo		Componente Cualitativo
		Encuesta	Pruebas	Entrevista semiestructurada
Personas migrantes	Migrante internacional	- Persona migrante con menos de un año de haber iniciado su trayecto - No originaria del país de levantamiento - 15 a 49 años		- Los mismos criterios del componente cuantitativo más pertenencia a algún grupo vulnerable: <ul style="list-style-type: none"> • Población en alto riesgo • Personas viviendo con VIH y/o ITS • Víctimas de violencia • Adolescentes no acompañados • Usuarios de drogas • Comportamientos sexuales de riesgo (1)
	Migrante interno	- Persona migrante con menos de un año de haber iniciado su trayecto - Originaria del país de levantamiento - Movimiento dentro del país por motivos laborales - 15 a 49 años		No aplica
Actores clave		No aplica		- Persona con experiencia trabajando con población migrante

Nota: (1) Los comportamientos sexuales de riesgo comprenden tener sexo sin condón, sexo transaccional, usar drogas durante el sexo y tener una pareja sexual que vive con VIH.

¹ Las personas migrantes son individuos que abandonan su residencia habitual, ya sea dentro de su país o cruzando fronteras internacionales, de manera temporal o permanente, y por diversas razones.

Con relación a la población migrante, **la investigación se enfocó tanto en migrantes internacionales como en migrantes internos**, donde los primeros son aquellos que al momento del estudio son captados en un país distinto al de su ciudadanía y/o nacimiento y, los segundos son originarios del país de levantamiento y se trasladan dentro de las fronteras de su propio país por motivos laborales (46).

Cabe mencionar que los componentes del estudio se aplicaron de forma heterogénea entre países y grupos de personas migrantes (*ver tabla 2*). Por ejemplo, en Costa Rica, los instrumentos del componente cuantitativo no se aplicaron y únicamente se obtuvieron entrevistas con actores clave. Por otro lado, Honduras fue el único país en el que no se obtuvo la perspectiva de los actores clave. Finalmente, en Panamá el contexto político al momento de la implementación del estudio no permitió la aplicación de encuestas a personas migrantes en las estaciones de recepción migratoria del Darien, por lo que la muestra se restringe a personas migrantes establecidas en la Ciudad de Panamá.

Tabla 2. Aplicación de los componentes del estudio por país

	Componente Cuantitativo Encuesta + Pruebas (VIH/Sífilis)		Componente Cualitativo Entrevistas	
	Migrantes internacionales	Migrantes internos	Migrantes internacionales	Actores clave
Panamá (1)	Sí	No	No	Sí
Costa Rica	No	No	No	Sí
Honduras (2)	Sí	Sí	Sí	No
El Salvador	Sí	Sí	No	Sí
Guatemala (4)	Sí	Sí	Sí	Sí
México (3)	Sí	No	Sí	Sí

Notas: (1) En el anexo 2 se presentan los resultados de las entrevistas realizadas por el Instituto Gorgas. (2) En Honduras no se aplicó la prueba de sífilis. (3) En México, se realizaron dos levantamientos: el primero, entre septiembre y diciembre de 2022 y, el segundo, en febrero y marzo de 2024. (4) En Guatemala adicionalmente se ofrecieron pruebas de hepatitis b y c a mujeres embarazadas.

Además de incluir en el estudio a personas migrantes de 15 a 49 años con menos de un año desde el inicio de su trayecto migratorio, se consideró a personas que planeaban permanecer al menos ocho horas en el lugar de aplicación de las encuestas. Esta condición permitió que los encuestadores tuvieran tiempo suficiente para aplicar todos los componentes del estudio y vincular a los servicios de salud a quienes obtuvieron un resultado positivo en las pruebas de ITS/VIH, a las personas migrantes con VIH que interrumpieron su tratamiento durante su trayecto, a víctimas de violencia sexual y a mujeres embarazadas necesitadas de atención prenatal.

Parte fundamental del estudio fue la selección de lugares donde se realizó el trabajo de campo. En este sentido, para identificar y seleccionar las regiones fronterizas de paso, los espacios públicos (parques, centrales de autobuses, plazas públicas) y las casas de migrantes donde se implementó el estudio (*ver anexo 1*) se realizaron entrevistas informales

con personas consideradas clave. Los informantes incluyeron a representantes de organizaciones de la sociedad civil, profesionales de la salud y académicos con experiencia en temas de salud y migración.

Este estudio contó con aprobaciones de diversos comités de ética:

Comités de ética internacionales

- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y Consorcio de Investigación en Salud (CISIDAT) – cubre los métodos globales del estudio, las entrevistas con actores clave, y los componentes cuantitativos y cualitativos en México

Comités de ética locales

- Comité Nacional de Ética en Salud (Guatemala) – cubre los componentes cuantitativo y cualitativo (con personas migrantes y actores clave)
- Comité Nacional de Ética de la Investigación en Salud (El Salvador) – cubre el componente cuantitativo con personas migrantes y entrevistas con actores clave
- Comité de Bioética de la Investigación del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (Panamá) – cubre componente cuantitativo y cualitativo con personas migrantes en la Ciudad de Panamá

3.1. Componente cuantitativo

3.1.1. Reclutamiento de participantes

Tras la identificación y selección de las zonas de concentración de la población migrante en cada país se inició la fase de reclutamiento de participantes para responder el cuestionario del componente cuantitativo. Durante este proceso, se seleccionaron, de forma sistemática y aleatoria, uno de cada tres migrantes.

Para aproximarse a las personas migrantes e invitarlas a participar en el estudio, las personas encuestadoras utilizaron un guion estandarizado, asegurándose de explicar adecuadamente la investigación y obtener el consentimiento informado de cada participante.

Una vez concluida su participación en la encuesta, todos los respondientes fueron invitados a realizarse pruebas de VIH y sífilis, con excepción de los participantes de Honduras, a quienes únicamente se les aplicaron pruebas de VIH.

Para la toma de muestras, en cada sitio de aplicación de encuestas se instaló una estación equipada con todo lo necesario para la correcta y segura aplicación de las pruebas. Además, para garantizar la confidencialidad de la información y la privacidad de los participantes, el personal de campo atendió a los participantes individualmente. Se aseguró de no tener personas cerca de la estación al momento de la toma de muestras y ofreció de forma individual consejería y material informativo sobre los servicios de salud disponibles para población migrante a lo largo de la ruta migratoria. Cabe mencionar que se procuró que, independientemente del resultado obtenido en las pruebas, todos los participantes permanecieran un tiempo similar en la estación para evitar la deducción de los resultados y la identificación de los participantes según la duración de la consejería.

3.1.2. Recolección de la información

Para caracterizar los distintos perfiles de migrantes y obtener información sobre sus necesidades de salud, se diseñó y programó una encuesta que incluyó las siguientes temáticas:

A. Características individuales

- a. Sexo, edad, nivel socioeconómico

B. Características del proceso migratorio

- a. Razones para migrar
- b. Características del proceso migratorio (duración, condiciones de viaje, migra solo o acompañado)
- c. Historial de migración
- d. Expectativas sobre el proceso de migración y el destino

- C. Características de la oferta y demanda de servicios
 - a. Factores de riesgo para VIH e ITS
 - b. Comportamiento sexual, sexo transaccional/trabajo sexual, abuso sexual, experiencia de violencia, uso de drogas
 - c. Niveles de incertidumbre a lo largo del proceso migratorio
 - d. Planes de llegada al país de destino, conocimiento de servicios disponibles para población migrante y dónde resolver necesidades
 - e. Preferencias temporales y por el riesgo
- D. Necesidades de salud (condiciones de salud previas al viaje y durante el tránsito)
 - a. Seguridad alimentaria
 - b. Salud mental
 - c. Vacunación
 - d. Síntomas de COVID-19
 - e. Diagnóstico previo de ITS y enfermedades crónicas
 - f. Salud reproductiva (mujeres)
- E. Embarazo
 - a. Anticoncepción
 - b. Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva
- F. Accesibilidad y disponibilidad de servicios para población migrante durante el tránsito

3.1.3. Análisis de la información

La encuesta se programó en *RedCap* para garantizar el control de calidad de los datos y se implementó en tabletas electrónicas con el objetivo de minimizar errores de captura de información.

Para analizar la información sobre seguridad alimentaria, salud mental y discriminación, el cuestionario incorporó diferentes escalas previamente validadas, como la Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria (FIES), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-7), la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y la Escala Breve de Sentido de Comunidad (BSCS) (47-51).

3.2. Componente cualitativo

3.2.1. Reclutamiento de participantes

En el componente cualitativo se entrevistó a personas migrantes internacionales de entre 15 y 49 años, hispanohablantes, que además de ser vulnerables por su condición de migrante, presentaban un riesgo adicional de adquirir VIH u otras ITS. Para seleccionarlas, la encuesta del componente cuantitativo se programó para detectar cuando la persona encuestada cumplía con alguno de los siguientes factores de riesgo:

- a) Comportamiento sexual de alto riesgo (sexo sin condón, sexo transaccional, uso de drogas durante el sexo, pareja sexual VIH positivo)
- b) Población en alto riesgo
- c) Víctima de violencia sexual y/o física
- d) Usuario de drogas
- e) Adolescente (15 a 17 años) no acompañado
- f) Con síntomas y/o diagnóstico de VIH u otras infecciones de transmisión sexual

Cuando la persona encuestada cumplía con alguno de los criterios anteriores, el cuestionario enviaba una notificación a la persona encuestadora para que invitara a la persona migrante a participar en la entrevista. Para evitar sesgos y garantizar la confidencialidad de la información, no se le reveló al participante la razón de riesgo específica por la que se le invitó a participar en el componente cualitativo del estudio.

En el caso de los actores clave que participaron en las entrevistas, éstos fueron identificados por medio de la red de contactos del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y reclutados a través de conocidos. Las personas convocadas a participar en las entrevistas como actores clave debían cumplir con los siguientes criterios:

- a) Trabajar en Panamá, El Salvador, Costa Rica, Guatemala o México, y ser:
 - i) Profesional de la salud que presta servicios a personas migrantes, o
 - ii) Trabajador(a) comunitario(a) o personal directivo de sitios que prestan servicios a personas migrantes, o
 - iii) Tomador(a) de decisiones y/o investigador(a) en materia de migración y/o salud sexual, con un mínimo de 6 meses de experiencia en temas de migración y/o salud sexual.

El primer contacto con los candidatos se realizó por correo electrónico o teléfono para compartirles información sobre el proyecto e invitarlos a participar. Posteriormente, la comunicación se trasladó, en la mayoría de los casos, a la aplicación *WhatsApp*, para convenir horarios y fechas para realizar las entrevistas.

3.2.2. Recolección de la información

Las entrevistas a personas migrantes se realizaron de manera presencial, en espacios que promovieron el anonimato y la comodidad de las personas entrevistadas. Antes de cada entrevista, los participantes firmaron un consentimiento informado, en el que manifestaron que su participación era voluntaria, así como su aprobación para audio grabar la entrevista. Los entrevistadores enfatizaron que la información compartida se mantendría confidencial y, posterior a la entrevista, le entregaron a cada participante una tarjeta de regalo como agradecimiento.

La guía de entrevista para personas migrantes contempló los siguientes temas:

- A. Perfil del informante
- B. Condiciones previas al tránsito migratorio (pre migración)
- C. Proceso migratorio (movimiento)
- D. Problemas de salud
 - a. Identificados en la etapa pre migratoria
 - i. Embarazo
 - b. Identificados durante el proceso migratorio
- E. Violencia (movimiento)
- F. Salud sexual
 - a. Necesidades de salud sexual
 - b. Prácticas sexuales
 - c. Personas que viven con VIH
 - d. Prácticas de riesgo
 - i. Consumo de sustancias
 - ii. Sexo transaccional/trabajo sexual
- G. Prácticas de protección

En el caso de las entrevistas a los actores clave, éstas se llevaron a cabo tanto de manera presencial, como virtual a través de la plataforma *GoToMeeting*. En todos los casos, los participantes firmaron un consentimiento informado.

La guía de entrevista para actores clave abordó los siguientes temas:

- A. Perfil sociodemográfico del actor clave
- B. Características sociodemográficas de la población migrante
- C. Motivos o razones para migrar de la población migrante
- D. Rutas y dinámicas de tránsito
- E. Necesidades de salud en el trayecto migratorio
- F. Violencia sexual y estrategias de atención en el trayecto migratorio
- G. Salud sexual y riesgos en el trayecto migratorio

3.2.3. Análisis de la información

Después de cada entrevista, se sintetizó la información de las notas de campo para sistematizar la información y reconocer todo el material empírico producido para su posterior análisis. En paralelo, se transcribió el audio de las entrevistas en un procesador de texto.

Posteriormente, se elaboró un libro de códigos con base en los temas explorados en las guías de entrevista. A partir de estos códigos, se codificó una entrevista al azar para analizar la necesidad de modificaciones. Tras la discusión de los cambios, se ajustaron algunas categorías analíticas que resultaron en códigos finales. La codificación de todas las entrevistas se realizó con apoyo del software ATLAS.ti Web.

En las entrevistas con personas migrantes se consideraron once códigos:

1. perfil sociodemográfico de las personas migrantes,
2. condiciones previas a la migración,
3. condiciones de salud pre-migración,
4. condiciones de salud sexual pre-migración,
5. embarazo,
6. trayecto migratorio,
7. condiciones de salud en el trayecto,
8. condiciones de salud sexual en el trayecto,
9. violencias,
10. consumo de sustancias y
11. personas que viven con VIH.

Para los actores clave se consideraron siete códigos:

1. perfil sociodemográfico de los actores clave;
2. perfil de las personas migrantes,
3. motivos y condiciones previas de migración,
4. trayecto,
5. condiciones de salud en el trayecto,
6. respuesta institucional y violencias y
7. salud sexual en el trayecto.

4. Resultados

4.1. Componente cuantitativo

4.1.1. Migración internacional

Características individuales

En total **se realizaron 3 mil 162 encuestas a personas migrantes (PM) de tipo internacional** siendo México² el país donde se realizó el mayor número de estas (n=1,306), seguido de Honduras (n= 603), Guatemala (n=482), El Salvador (n=471) y Panamá (n=300). Se encontró una edad mediana de 30 años entre todos los participantes, de los cuales 64% eran hombres y, el resto (36%), mujeres (*ver tabla 3*). Panamá es el único país en donde la proporción de mujeres (57.7%) encuestadas resultó ser mayor a la de los hombres (42.3%),

Con respecto a la escolaridad de las personas encuestadas, la mayoría contaba con educación básica o nula (68.4%), mientras que los demás tenían educación media superior o más (31.6%)³. En Honduras, El Salvador, Guatemala y México, la proporción de PM internacionales con escolaridad básica o nula fue mayor a la de las personas con una escolaridad igual o mayor al nivel medio superior. Sin embargo, mientras en Guatemala la diferencia entre ambos grupos fue de apenas 0.2 puntos porcentuales, en los otros tres países la diferencia fue de 54 puntos porcentuales, en promedio. Por otro lado, Panamá fue el único país donde la proporción de PM con educación media superior o más (52.8%) fue mayor a la de educación básica o nula (47.2%).

En cuanto al estado civil de las PM, más de la mitad indicó ser soltera, viuda o divorciada (59.8%) y la otra parte mencionó estar casada o en unión libre (40.2%). El Salvador fue el único país en el que la población migrante con pareja (50.3%) resultó superior a la población sin pareja (49.7%).

² En México, 791 encuestas corresponden a la primera ronda de encuestas realizada en 2022 y el resto, 515 encuestas, corresponde al levantamiento de 2024.

³ La educación básica o nula contempla a las personas que mencionaron no tener estudios o haber cursado la primaria o secundaria, mientras que la educación media superior o más se refiere a las personas que reportaron haber cursado el bachillerato, la universidad o un grado educativo mayor, como la maestría o el doctorado.

Tabla 3. Características individuales de la población migrante internacional

	Total N=3,162 100.0%	Panamá n=300 9.5%	Honduras n=603 19.1%	El Salvador n=471 14.9%	Guatemala n=482 15.2%	México 2022 n=791 25.0%	México 2024 n = 515 16.3%	Diferencia estadística (3)
Edad (años)								
Mediana (p25, p75) (1)	30 (24,37)	33 (26,41)	28 (24,34)	33 (26,42)	28 (24,34)	29 (24, 36)	30 (24, 36)	0.033
Sexo (%)								
Hombre	64.0	42.3	62.5	66.7	57.6	77.2	61.4	0.000
Mujer	36.0	57.7	37.5	33.3	42.4	22.8	38.6	
Escolaridad (%) (2)								
Básica o nula	68.4	47.2	80.7	79.5	50.1	70.4	70.4	0.000
Media superior o más	31.6	52.8	19.3	20.5	49.9	29.6	29.6	
Estado Civil (%)								
Soltero/Divorciado/Viudo	59.8	65.4	67.1	49.7	77.6	52.1	52.1	0.000
Casado/Unión Libre	40.2	34.6	32.9	50.3	22.4	47.9	47.9	

Notas: (1) p25 hace referencia al percentil 25 y p75 al percentil 75. (2) En escolaridad, la categoría “Básica o nula” contempla a las personas que mencionaron no tener estudios o haber cursado la primaria o secundaria y la categoría “Media superior o más” se refiere a las personas que mencionaron haber cursado el bachillerato, la universidad o un grado educativo mayor (maestrías, doctorados). (3) Prueba de ANOVA unidireccional para la variable Edad y prueba Chi-Cuadrado para el resto de las variables.

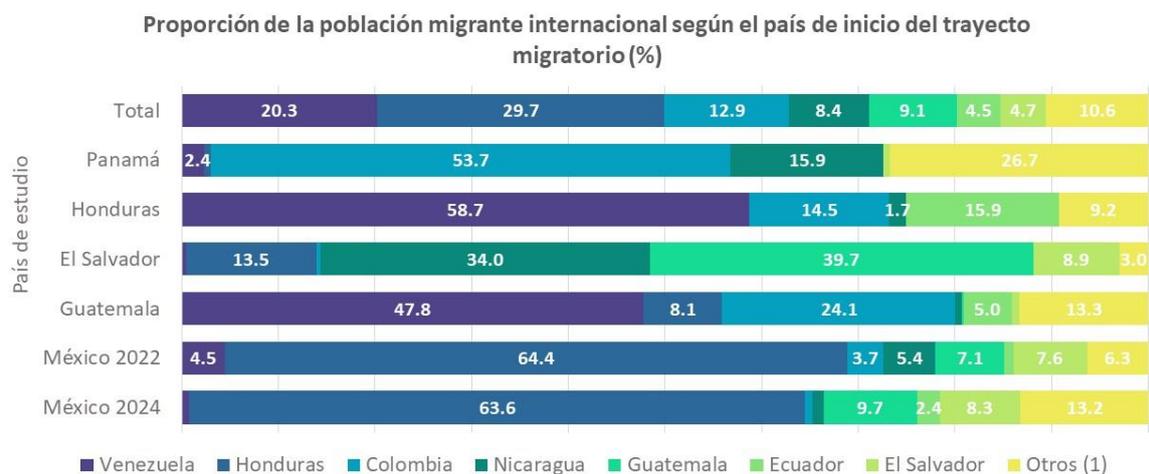
Características del trayecto migratorio

Venezuela (20.3%), Honduras (29.7%) y Colombia (12.9%) fueron los países de inicio más reportados por los participantes (ver ilustración 1). En cuanto a los países de estudio, destaca que la mayoría de las personas encuestadas en Panamá, reportaron comenzar su viaje en Colombia (53.7%), mientras en Honduras y Guatemala, la mayoría partió de Venezuela (58.7% y 47.8%, respectivamente). Por otro lado, El Salvador obtuvo una distribución más uniforme de países de inicio, y México mostró una mayoría de PM que comenzó su trayecto migratorio en Honduras, tanto en el levantamiento de 2022 (64.4%) como en el de 2024 (63.6%).

En general, al momento de la encuesta, las PM llevaban un mes viajando desde que iniciaron su trayecto. Sin embargo, en Panamá, las personas llevaban 6 meses de trayecto y, en El Salvador, no tenían ni un mes de haber comenzado su trayecto migratorio. Además, la mitad de los participantes mencionó viajar acompañado (50.4%).

Ilustración 1. País de inicio de la población migrante internacional

Sudamérica fue la región en la que 37.6% de las personas migrantes iniciaron su viaje.

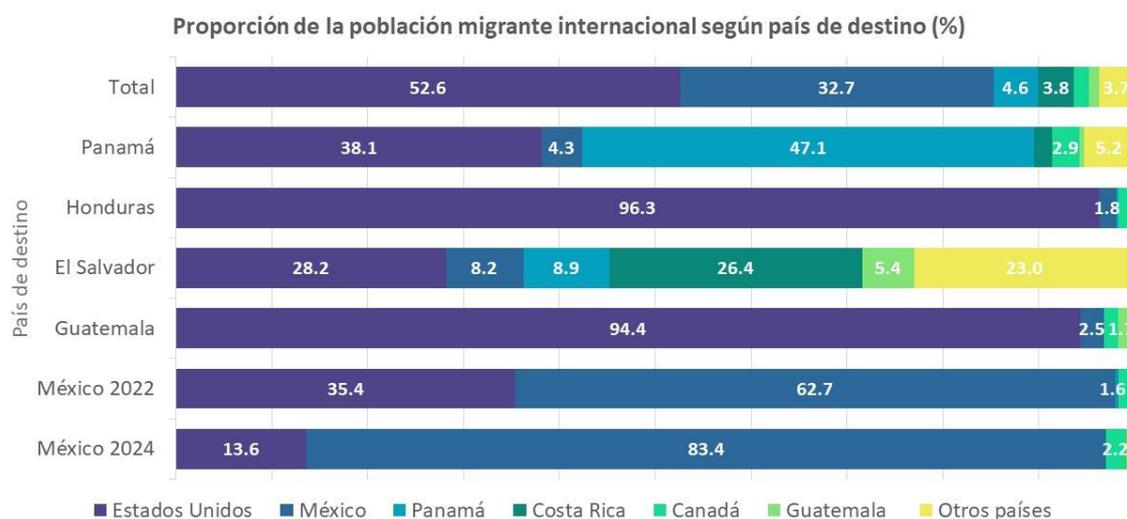


Nota: (1) El grupo "Otros" está compuesto por Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Guyana, Haití, México, Panamá, Paraguay, Perú, España, Estados Unidos y Uruguay.

Por otro lado, cinco de cada diez personas encuestadas señalaron a los Estados Unidos (52.6%) como destino principal, seguido de México (32.7%) y Panamá (4.6%) (ver ilustración 2). En el caso de México, en los dos ciclos de levantamiento, la mayoría de las PM compartió su intención de quedarse en dicho país (2022: 62.7% y 2024: 83.4%), mientras el resto planeaba dirigirse hacia Estados Unidos (2022: 35.4% y 2024: 13.6%) y Canadá (2022: 1.6% y 2024: 2.2%).

Ilustración 2. Países de destino de la población migrante internacional

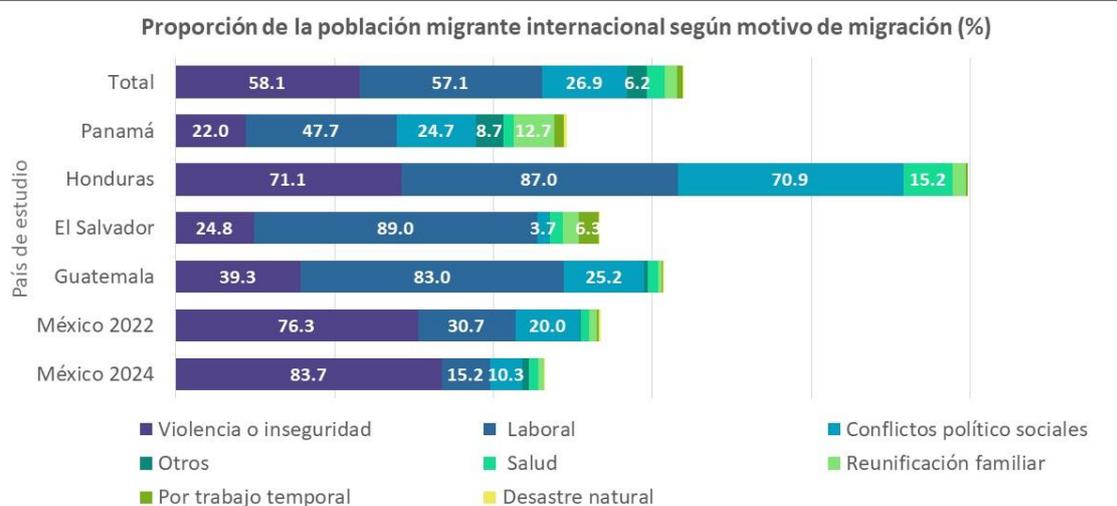
Cinco de cada 10 personas migrantes señalaron a Estados Unidos como país de destino.



La razón predominante para la migración internacional fue la violencia o inseguridad, con 58.1% de las personas encuestadas reportando este motivo (*ver ilustración 3*). Por ejemplo, en Honduras (71.1%) y México (2022: 76.3%; 2024: 83.7%), la mayoría de los participantes señaló la violencia o inseguridad como motivo principal para migrar. La búsqueda de empleo también fue una causa de migración relevante para 57.1% de las PM. Además, alrededor de tres de cada diez personas indicaron que los conflictos políticos y sociales los impulsaron a migrar. En este sentido, Honduras destaca, pues 71% de las PM que fueron encuestadas en ese país, reportaron que este tipo de conflictos los motivaron a iniciar su trayecto migratorio.

Ilustración 3. Motivos de migración de la población migrante internacional

Los asuntos laborales, así como la violencia e inseguridad fueron los motivos de migración más reportados por la población migrante.



Nota: La suma de los porcentajes en cada país es mayor a cien porque las personas tenían la posibilidad de elegir más de un motivo de migración.

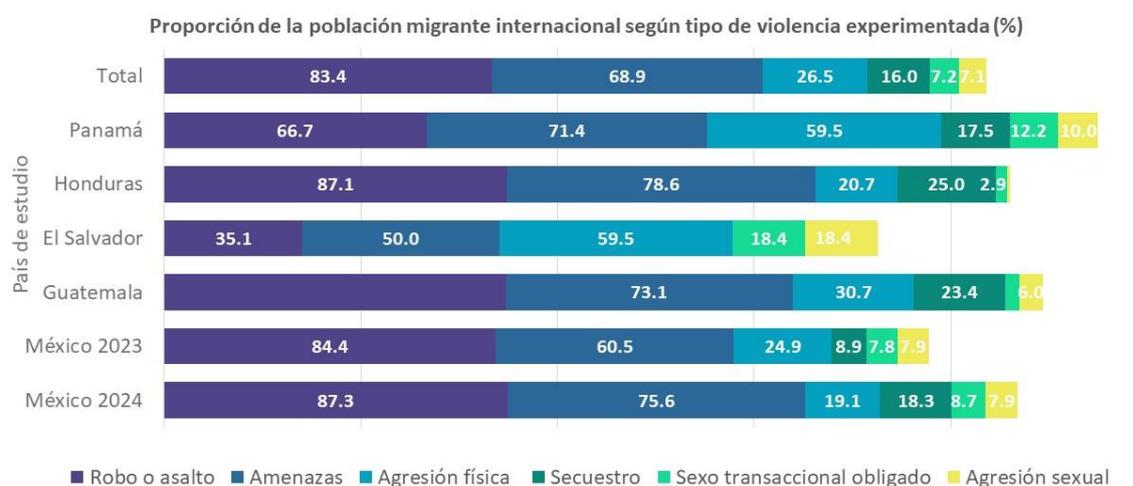
Además, 32.2% de las PM experimentó actos violentos durante su tránsito, aunque esta proporción varía significativamente entre países. En la primera ronda de levantamiento en México, 45.7% de las personas migrantes enfrentó violencia en su ruta y en la segunda 49.6% vivió esa situación, en comparación con 8.2% en El Salvador. Entre los incidentes de violencia reportados, los más comunes fueron robos o asaltos (83.4%), amenazas (68.9%) y agresiones físicas (26.5%) (*ver ilustración 4*). Específicamente, en El Salvador, las agresiones físicas fueron el tipo de violencia más reportado (59.5%), mientras que en Panamá prevalecieron las amenazas (71.4%).

Algunas PM reportaron haber enfrentado discriminación durante su viaje, especialmente por parte de la policía (24.8%), al intentar conseguir empleo (23.4%), y al

buscar alojamiento (15.8%), entre otras situaciones. En Panamá y el primer levantamiento de México, alrededor del 11% de los participantes indicó haber experimentado discriminación al solicitar servicios médicos.

Ilustración 4. Experiencias de violencia en la población migrante internacional

Ocho de cada diez personas migrantes experimentaron robos o asaltos a lo largo de la ruta migratoria.



Nota: La suma de los porcentajes en cada país es mayor a cien porque las personas tenían la posibilidad de elegir más de una experiencia de violencia.

Comportamiento sexual

En cuanto al comportamiento sexual de la población migrante internacional a lo largo del trayecto (ver tabla 4), un cuarto (25.2%) reportó haber tenido relaciones sexuales, y de ellas, la mayoría (70.5%) indicó un uso inconsistente del condón. Panamá resalta por ser el país donde cerca de la mitad de las PM (40.1%) afirmó haber mantenido relaciones sexuales durante el viaje. Sin embargo, el uso inconsistente del condón fue una tendencia generalizada, con El Salvador registrando el porcentaje más bajo de inconsistente (59.5%) y Guatemala el más alto (83.9%).

Por otro lado, 21.8% de las PM mencionó haberse sometido a una prueba de VIH en el último año, con Panamá como el país donde se observó el porcentaje más alto (26.6%). Solo un pequeño grupo de encuestados admitió haber contraído una ITS en algún momento de su vida (5.6%), siendo México el país con la tasa más elevada (2022: 10.8% y 2024: 6.9%). Además, 10.1% de los encuestados reconoció haber tenido relaciones sexuales bajo el efecto de drogas, con El Salvador presentando la proporción más alta (19.4%).

Tabla 4. Comportamiento sexual de la población migrante internacional

	Total N=3,162 100.0%	Panamá n=300 9.5%	El Salvador n=471 14.9%	Honduras n=603 19.1%	Guatemala n=482 15.2%	México 2022 n=791 25.0%	México 2024 n=515 16.3%	Diferencia estadística (1)
Sexo durante el trayecto (%)								
Sí	25.2	40.1	33.1	12.6	18.1	26.9	29.0	0.000
Uso inconsistente del condón (%) (2) (3)								
Sí	70.5	71.3	59.5	74.3	83.9	71.4	72.5	0.004
Prueba de VIH (%) (4)								
En los últimos 12 meses	21.8	26.6	22.0	12.6	20.7	21.4	32.0	0.000
Historial de ITS (%)								
Sí	5.6	8.3	2.9	1.0	2.2	10.8	6.9	0.000
Sexo con drogas (%)								
Sí	10.1	11.0	19.4	12.7	13.8	6.3	9.9	0.000

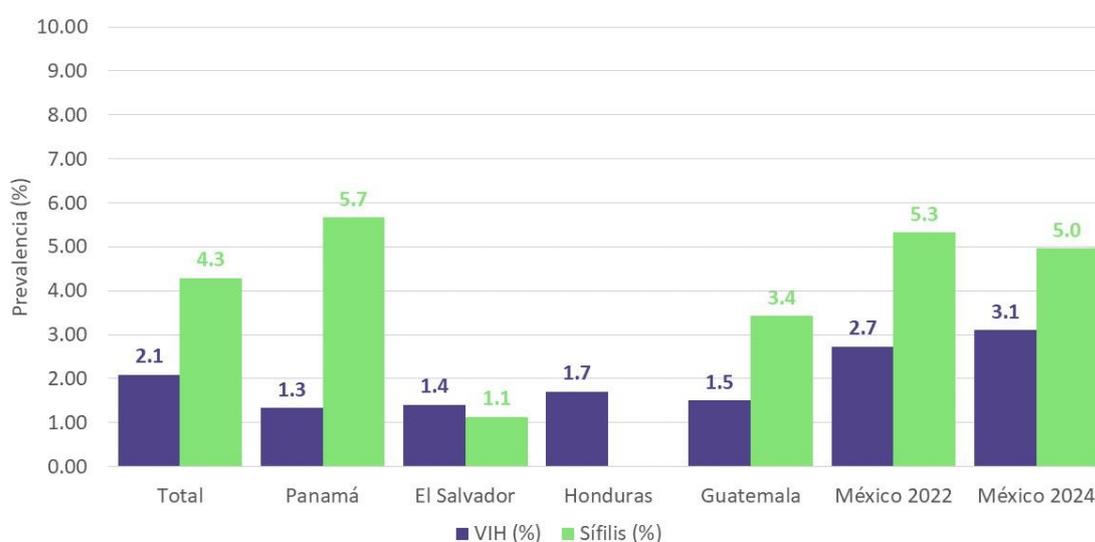
Notas: (1) Prueba Chi-Cuadrado. (2) Variable calculada con respecto al total de personas que reportaron haber tenido relaciones sexuales durante el trayecto. (3) La categoría "No" es el complemento. (4) La categoría "Más de 12 meses" es el complemento.

Prevalencia de VIH y sífilis

En la población migrante internacional, la prevalencia de sífilis (4.9%) fue más del doble de la de VIH (2.1%). México resultó ser el país con la prevalencia más alta de VIH (2022: 2.7% y 2024: 3.1%), mientras que Panamá el de mayor prevalencia de sífilis (5.7%) (ver ilustración 5).

Ilustración 5. Prevalencia de VIH y sífilis en la población migrante internacional

En la población migrante internacional, la prevalencia de VIH y sífilis fue de 2.1% y 4.9%, respectivamente.



El análisis de los resultados de las pruebas de VIH en conjunto con las características individuales de las personas migrantes (ver tabla 5) revela que la proporción de encuestados que enfrentó violencia o discriminación durante el trayecto, fue mayor en la población con

resultado positivo a la prueba de VIH (55.7%) que en el grupo con resultado negativo (32.3%). También se observó que entre aquellos con resultado positivo a la prueba de VIH una mayor proporción reportó relaciones sexuales durante el trayecto (41.0% vs 24.3%) y el consumo de drogas durante las relaciones sexuales (20.7% vs 9.4%). Cabe resaltar que, en el grupo de personas con resultado positivo en la prueba de VIH, el 42% tuvo una prueba positiva para sífilis.

Tabla 5. Características de la población migrante internacional en comparación con los resultados de las pruebas de VIH

		Total N=2,961 100.0%	Prueba negativa n=2,899 97.9%	Prueba positiva n=62 2.1%	Diferencia estadística (2)
Edad (años)	Mediana (p25, p75) (1)	30 (24,36)	30 (24,37)	30 (25,33)	0.879
País de inicio de viaje (%)					
	Venezuela	14.5	21.1	13.5	
	Honduras	29.9	29.7	22.0	
	Colombia	16.3	13.4	10.2	
	Nicaragua	9.2	6.4	8.5	0.005
	Guatemala	12.0	9.4	3.4	
	Ecuador	1.6	4.6	8.5	
	El Salvador	5.3	4.7	10.2	
	Otros países	11.0	10.7	23.7	
Violencia en el tránsito (%) (4)	Sí	32.8	32.3	55.7	0.000
Discriminación en el tránsito (%) (4)	Sí	43.6	43.3	57.4	0.028
Sexo durante el trayecto (%) (4)	Sí	24.6	24.3	41.0	0.003
Uso inconsistente del condón (%) (3)(4)	Sí	71.5	71.8	62.5	0.323
Prueba de VIH (%) (5)	En los últimos 12 meses	20.7	20.5	40.4	0.000
Historial de ITS (%) (4)	Sí	5.8	5.6	17.0	0.000
Sexo con drogas (%) (4)	Sí	9.6	9.4	20.7	0.041
Tener depresión (%) (4)		44.5	44.4	49.1	0.485
Tener ansiedad (%) (4)		66.3	66.2	68.9	0.670
Prueba de Sífilis (%) (4)	Negativa	95.7	96.6	57.7	0.000
	Positiva	4.3	3.4	42.3	

Nota: (1) p25 hace referencia al percentil 25 y p75 al percentil 75. (2) Prueba de ANOVA unidireccional para variable Edad y prueba Chi-Cuadrado para el resto de las variables. (3) Variable calculada con respecto al total de personas que reportaron haber tenido relaciones sexuales durante el trayecto. (4) La categoría "No" es el complemento. (5) La categoría "Más de 12 meses" es el complemento.

Por otro lado, la prevalencia de sífilis fue más alta entre las personas migrantes que iniciaron su viaje en Honduras (24.7%), seguidas por las de Colombia (19.6%) y Venezuela (13.4%). Los datos reflejan que quienes obtuvieron un resultado positivo a esta ITS también enfrentaron niveles más altos de violencia (48.0% vs 34.5%) y discriminación (62.4% vs 45.6%) en su ruta migratoria, en comparación con aquellos con resultado negativo (*ver tabla*

6). Además, se observa una mayor tendencia al uso inconsistente del condón entre los que no presentaron sífilis (72.1%). Cabe destacar que, el 21.6% de la población con resultado positivo en la prueba de sífilis, también obtuvo un resultado positivo para VIH.

Tabla 6. Características de la población migrante internacional en comparación con los resultados de las pruebas de sífilis

		Total N=2,376 100.0%	Prueba negativa n=2,274 95.7%	Prueba positiva n=102 4.3%	Diferencia estadística (2)
Edad (años)	Mediana (p25, p75) (1)	30 (24,36)	30 (24,37)	30 (25, 39)	0.862
País de inicio de viaje (%)					
	Venezuela	11.7	11.7	13.4	
	Honduras	36.8	37.4	24.7	
	Colombia	13.1	12.8	19.6	
	Nicaragua	7.6	7.3	12.4	0.028
	Guatemala	11.6	11.8	6.2	
	Ecuador	1.8	1.8	1.0	
	El Salvador	6.0	5.8	9.3	
	Otros países	11.4	11.4	13.4	
Violencia en el tránsito (%) (4)	Sí	35.0	34.5	48.0	0.005
Discriminación en el tránsito (%) (4)	Sí	46.3	45.6	62.4	0.001
Sexo durante el trayecto (%) (4)	Sí	27.6	27.2	36.0	0.055
Uso inconsistente del condón (%) (3)(4)	Sí	71.1	72.1	52.9	0.017
Prueba de VIH (%) (5)	En los últimos 12 meses	22.9	22.0	44.2	0.000
Historial de ITS (%) (4)	Sí	7.0	5.9	32.6	0.000
Sexo con drogas (%) (4)	Sí	9.4	9.1	15.3	0.115
Tener depresión (%) (4)		52.2	52.1	54.1	0.713
Tener ansiedad (%) (4)		69.2	69.1	70.5	0.768
Prueba de VIH (%)	Negativa	97.8	98.7	78.4	
	Positiva	2.2	1.3	21.6	0.000

Nota: (1) p25 hace referencia al percentil 25 y p75 al percentil 75. (2) Prueba de ANOVA unidireccional para variable Edad y prueba Chi-Cuadrado para el resto de las variables. (3) Variable calculada con respecto al total de personas que reportaron haber tenido relaciones sexuales durante el trayecto. (4) La categoría "No" es el complemento. (5) La categoría "Más de 12 meses" es el complemento.

Necesidades de salud

Aproximadamente, dos de cada diez PM mencionaron haber experimentado problemas o necesidades de salud durante el trayecto (*ver tabla 7*). Las principales afecciones médicas experimentadas durante la ruta migratoria incluyeron enfermedades respiratorias (21.4%), traumatismos (15.4%) y otros problemas (15.6%). Estas condiciones se reportaron de forma consistente en todos los países, con Honduras (37.2%) y El Salvador (28%) destacando en temas de deshidratación, desnutrición y hambre.

El 69.5% de las personas migrantes buscó asistencia médica, ya fuera de individuos o instituciones. Los principales puntos de atención incluyeron los servicios de salud en casas del migrante (16.4%), seguidos por organizaciones civiles (9.8%) y hospitales gubernamentales (7.5%). En los casos de Guatemala (15.2%) y Panamá (22.2%), los centros de salud fueron pertenecientes a la red pública de servicios los puntos de atención utilizados con mayor frecuencia.

Respecto a la alimentación durante el trayecto, solo un 13.5% de las PM internacionales tuvieron seguridad alimentaria⁴. Un pequeño porcentaje experimentó inseguridad alimentaria leve (4.4%), mientras que tuvieron inseguridad moderada (10.62%) y la mayoría sufrió de inseguridad severa (71.4%). Panamá se distinguió porque un mayor número de migrantes mencionaron haber tenido seguridad alimentaria (32.6%) y menos migrantes tuvieron inseguridad severa (36%) en comparación con los resultados generales y con el de los otros países. Sin embargo, es importante destacar que este grupo presenta características distintas al resto de la región, al tratarse de migrantes ya establecidos en la Ciudad.

En cuanto a la salud mental de las personas encuestadas, se encontró una prevalencia de depresión del 44.1% y de ansiedad del 65.8%. Las tasas más bajas de problemas de salud mental se registraron en Panamá, con un 31.8% para depresión y 44.9% para ansiedad, mientras que Guatemala presentó las cifras más altas, con 70.7% y 81.7%, respectivamente.

Tabla 7. Necesidades de salud de la población migrante internacional

		Total N=3,162 100.0 %	Panamá n=300 9.5%	El Salvador n=471 14.9%	Honduras n=602 19.1%	Guatemala n=482 15.2%	México 2022 n=791 25.0%	México 2024 n=515 16.3%	Diferencia estadística (1)
Problemas de salud durante el trayecto (%) (5)	Sí	18.1	15.9	5.4	15.8	13.7	27.8	22.7	0.000
Problemas de salud padecidos (%) (2) (4)									
Traumatismo (heridas, accidentes, fracturas, golpes)		15.4	32.6	28.0	53.2	36.4	14.7	3.8	0.000
Enfermedad respiratoria		21.4	30.4	28.0	21.3	24.2	53.0	6.2	0.000
Enfermedad gastrointestinal		12.7	19.6	20.0	20.2	31.8	22.5	3.6	0.000
Deshidratación/Desnutrición/Hambre		13.6	13.0	28.0	37.2	15.2	12.8	8.6	0.000
Otros		15.6	21.7	16.0	17.0	19.7	23.4	10.9	0.001
Atención médica para el problema de salud (%) (2)	Sí	69.5	84.8	90.9	63.8	95.5	59.6	22.7	0.000

⁴ La seguridad alimentaria existe cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfacen sus necesidades energéticas diarias y preferencias alimentarias para llevar una vida activa y sana.

	Total N=3,162 100.0 %	Panamá n=300 9.5%	El Salvador n=471 14.9%	Honduras n=602 19.1%	Guatemala n=482 15.2%	México 2022 n=791 25.0%	México 2024 n=515 16.3%	Diferencia estadística (1)
Lugar de la atención médica (%) (3)								
Médico, enfermera o servicio de salud de la Casa del migrante	16.4	6.7	0.0	26.7	21.2	54.1	7.8	0.000
Consultorio y/u hospital privado	1.7	15.6	0.0	0.0	1.5	2.7	0.4	0.000
Farmacia	4.2	17.8	0.0	36.7	3.0	.6	1.4	0.000
Centro de salud	7.1	22.2	100.0	6.7	15.2	9.0	4.0	0.000
Hospital de gobierno	7.5	26.7	0.0	3.3	10.6	21.6	2.6	0.000
Consultorio de Médicos Sin Fronteras o Cruz Roja Internacional	9.8	6.7	0.0	10.0	47.0	13.5	4.4	0.000
Alimentación durante el trayecto (%)								
Seguridad alimentaria	13.6	32.6	14.6	39.3	0.4	1.9	2.8	0.000
Inseguridad leve	4.4	17.4	9.4	1.2	1.7	3.1	1.6	
Inseguridad moderada	10.6	14.0	16.3	1.9	7.3	13.6	12.6	
Inseguridad severa	71.4	36.0	59.7	57.6	90.6	81.4	83.0	
Prevalencia de Depresión (%)	44.1	31.8	27.5	16.3	70.7	56.5	59.0	0.000
Prevalencia de Ansiedad (%)	65.8	44.9	52.0	54.3	81.7	75.3	71.4	0.000

Notas: (1) Prueba de Chi-Cuadrado. (2) Variable calculada con respecto al total de personas que reportaron haber tenido problemas de salud durante el trayecto. (3) Variable calculada con respecto al total de personas que sí buscaron atención médica para atender sus problemas de salud. (4) Puede sumar más de 100 porque las personas encuestadas tenían la posibilidad de indicar más de un problema de salud. (5) La categoría "No" es el complemento.

Población migrante en alto riesgo

Del total de las personas migrantes internacionales encuestadas que dieron información sobre su orientación e identidad sexual (N=3,123), **8% se identificó como población en alto riesgo**. De ellas 68.8% eran hombres y 31.2% eran mujeres. Más de la mitad de las personas migrantes en alto riesgo (51.8%) reportaron tener una escolaridad equivalente o mayor al nivel medio superior y siete de cada diez (70.7%) mencionaron no tener pareja (ver tabla 8).

Tabla 8. Características individuales de la población migrante internacional en alto riesgo

	Total N= 3,123 100.0%	Población general n=2,874 92.0%	Población en alto riesgo (1) n= 249 8.0%	Diferencia estadística (2)
Edad (años)				
Mediana (p25, p75) (3)	30 (24,36)	30 (25,37)	28 (23,33)	0.661
Sexo (%)				
Hombre	64.1	63.6	68.8	0.099
Mujer	35.9	36.4	31.2	
Escolaridad (%) (4)				
Básica o nula	68.5	70.3	48.2	0.000
Media superior o más	31.5	29.7	51.8	
Estado Civil (%)				
Soltero/Divorciado/ Separado/Viudo	59.8	58.9	70.7	0.000
Casado/Unión Libre	40.2	41.1	29.3	

Notas: (1) Participantes que se identificaron como mujeres y hombres de muy alta prevalencia o que mencionaron ser hombres de alta prevalencia. (2) Prueba de ANOVA unidireccional para variable Edad y prueba Chi-Cuadrado para el resto de las variables. (3) p25 hace referencia al percentil 25 y p75 al percentil 75. (4) En escolaridad, la categoría "Básica o nula" contempla a las personas que mencionaron no tener estudios o haber cursado la primaria o secundaria y la categoría "Media superior o más" se refiere a las personas que mencionaron haber cursado el bachillerato, la universidad o un grado educativo mayor (maestrías, doctorados).

Destaca que mientras 30% de las personas migrantes no en alto riesgo experimentaron violencia en su trayecto, la cifra subió a 60.5% para las personas encuestadas que reportaron ser parte de la población en alto riesgo. Además, un mayor porcentaje de las PM en alto riesgo experimentó discriminación en comparación con las PM que no están en alto riesgo (ver tabla 9). Por ejemplo, al solicitar empleo, 60.1% de las PM de la población en alto riesgo señalaron enfrentar discriminación, cifra que resultó casi 40 puntos porcentuales mayor que la del grupo de migrantes de población general (20.4%).

Tabla 9. Características del trayecto migratorio de la población migrante internacional en alto riesgo

	Tota N= 3,123 100.0%	Población general n=2,874 92.0%	Población en alto riesgo (1) n=249 8.0%	Diferencia estadística (2)
Viaja acompañado (%) (5)				
Sí	50.3	50.5	47.1	0.365
Tiempo viajando (meses)				
Mediana (p25, p75) (3)	1 (1,3)	1 (1,3)	2 (1,4)	0.436
Violencia en el tránsito (%)				
Sí	32.2	30.0	60.5	0.000
Discriminación en el tránsito (%) (4)				
En la escuela	5.9	5.0	21.7	0.000
Al solicitar empleo	23.3	20.4	60.1	0.000
En el trabajo	13.9	12.5	32.9	0.000
Al buscar donde vivir	15.8	14.9	26.9	0.000
Al buscar atención médica	7.2	6.8	12.8	0.000
Por parte de la policía	24.7	23.6	39.3	0.000
Otras situaciones	31.2	29.8	57.3	0.000

Notas: (1) Participantes que se identificaron como mujeres y hombres de muy alta prevalencia o que mencionaron ser hombres de alta prevalencia. (2) Prueba de ANOVA unidireccional para variable de Tiempo viajando y prueba Chi-Cuadrado para el resto de las variables. (3) p25 hace referencia al percentil 25 y p75 al percentil 75. (4) Puede sumar más de 100 porque las personas encuestadas tenían la posibilidad de indicar más de un problema de salud. (5) La categoría "No" es el complemento.

El 22.6% de la población general indicó haber tenido relaciones sexuales en su trayecto migratorio, mientras que en la población en alto riesgo el porcentaje ascendió a 55.1%. Sin embargo, en comparación con la población en alto riesgo, un porcentaje más alto de individuos de población general (73.1%) reportó un uso inconsistente del condón (ver tabla 10). En contraste, el consumo de drogas durante las relaciones sexuales fue reportado por un 15.2% de la población en alto riesgo, una tasa superior en comparación con sus contrapartes de población general (9.3%).

Tabla 10. Comportamiento sexual de la población migrante internacional en alto riesgo

	Total N= 3,123 100.0%	Población general n=2,874 92.0%	Población en alto riesgo (1) n= 2498.0%	Diferencia estadística (2)
Sexo durante el trayecto (%) (4)				
Sí	25.2	22.6	55.1	0.000
Uso inconsistente del condón (%) (3)				
Sí	70.8	73.1	60.2	0.003
Prueba de VIH (%) (5) En los últimos 12 meses	21.8	19.6	47.1	0.000
Historial de ITS (%) (4)				
Sí	5.6	4.1	22.2	0.000
Sexo con drogas (%) (4)				
Sí	10.0	9.3	15.2	0.020

Notas: (1) Participantes que se identificaron como hombres de muy alta prevalencia, o mencionaron ser hombres de muy alta prevalencia. (2) Prueba Chi-Cuadrado. (3) Variable calculada con respecto al total de personas que reportaron haber tenido relaciones sexuales durante el trayecto. (4) La categoría "No" es el complemento. (5) La categoría "Más de 12 meses" es el complemento.

Al comparar las necesidades de salud entre PM en alto riesgo y población general, se observa que las primeras reportaron una mayor presencia de problemas de salud en su trayecto, con un 39.9% frente al 16.3% de las no pertenecientes al grupo en alto riesgo (ver tabla 11). Por ejemplo, en el grupo de alto riesgo fueron más las PM que reportaron enfermedades respiratorias (29.0%) que en el grupo de población general (20.1%). También se presentó una prevalencia más alta de depresión (64.1%), ansiedad (82.8%), sífilis (16.0%) y VIH (13.0%) en la población migrante en alto riesgo.

Tabla 11. Necesidades de salud de la población migrante internacional en alto riesgo

	Total N= 3,123 100.0%	Población general n=2,874 92.0%	Población en alto riesgo (1) n= 249 8.0%	Diferencia estadística (2)
Problemas de salud durante el trayecto (%) (4)				
Sí	18.2	16.3	39.9	0.000
Problemas de salud padecidos (%) (3)				
Traumatismo (heridas, accidentes, fracturas, golpes)	15.5	15.8	13.8	0.547
Enfermedad respiratoria	21.4	20.1	29.0	0.016
Enfermedad gastrointestinal	12.6	11.9	16.6	0.121
Deshidratación/Desnutrición/Hambre	13.7	12.8	18.6	0.059
Otros	15.7	14.6	21.4	0.040

	Total N= 3,123 100.0%	Población general n=2,874 92.0%	Población en alto riesgo (1) n= 249 8.0%	Diferencia estadística (2)
Atención médica para el problema de salud (%) (3)(4)				
Sí	44.8	44.3	47.9	0.427
Lugar de la atención médica (%) (3)				
Médico, enfermera o servicio de salud de la Casa del migrante	16.3	16.0	18.1	0.594
Consultorio y/u hospital privado	1.7	1.1	5.7	0.001
Farmacia	4.2	4.0	5.7	0.421
Centro de salud	7.2	6.8	9.5	0.312
Hospital de gobierno	7.4	7.7	5.7	0.471
Consultorio de Médicos Sin Fronteras o Cruz Roja Internacional	9.8	10.5	5.7	0.128
Alimentación durante el trayecto (%)				
Seguridad alimentaria	13.5	14.2	5.8	
Inseguridad leve	4.4	4.4	4.9	0.000
Inseguridad moderada	10.7	10.1	17.6	
Inseguridad severa	71.4	71.3	71.7	
Prevalencia de Depresión (%)	44.1	42.4	64.1	0.000
Prevalencia de Ansiedad (%)	65.8	64.4	82.8	0.000
Prevalencia de Sífilis (%)	4.3	3.0	16.0	0.000
Prevalencia de VIH (%)	2.1	1.1	13.0	0.000

Notas: (1) Participantes que se identificaron como mujeres y hombres de muy alta prevalencia o que mencionaron ser hombres de alta prevalencia. (2) Prueba Chi-Cuadrado. (3) Variable calculada con respecto al total de personas que reportaron haber tenido problemas de salud durante el trayecto. (4) La categoría "No" es el complemento.

4.1.2. Migración interna

Características individuales

Se llevaron a cabo 775 encuestas en la población migrante interna, de las cuales 32.3% fueron en Honduras, 31.2% en El Salvador y 36.5% en Guatemala (ver tabla 12). La edad mediana de las personas encuestadas fue de 30 años, cifra que resultó similar en los tres países. La distribución por sexo de las personas encuestadas mostró un equilibrio cercano, con 50.7% de hombres y 49.3% de mujeres. En Honduras y El Salvador predominaron los participantes de sexo femenino (56.1% y 54.7%), mientras que, en Guatemala, el sexo masculino fue el más representativo (61.1%).

La mayoría de las PM internas reportaron tener una escolaridad básica o nula (89.5%), y solo un pequeño porcentaje indicó poseer estudios de nivel medio superior o superior (10.5%), situación que se presentó de forma similar en cada país.

Respecto al estado civil de los respondientes, la mayoría (64.2%) indicó estar soltero, divorciado o viudo, y el resto (35.8%) casado o en unión libre, donde esta distribución resultó ser parecida entre los países analizados.

Tabla 12. Características individuales de la población migrante interna

		Total	Honduras	El Salvador	Guatemala	Diferencia estadística
		N=775 100.0%	n=250 32.3%	n=242 31.2%	n=283 36.5%	(3)
Edad (años)	Mediana (p25,p75) (1)	30 (24,38)	28 (23,36)	31 (25,39)	30 (24,37)	0.004
	Sexo (%)					0.000
	Hombre	50.7	43.9	45.3	61.1	
	Mujer	49.3	56.1	54.7	38.9	
Escolaridad (%) (2)	Básica o nula	89.5	90.3	83.6	93.8	0.001
	Media superior o más	10.5	9.7	16.4	6.2	
Estado civil (%)	Soltero/Divorciado/Viudo	64.2	57.9	58.4	74.6	0.000
	Casado/Unión Libre	35.8	42.1	41.6	25.4	

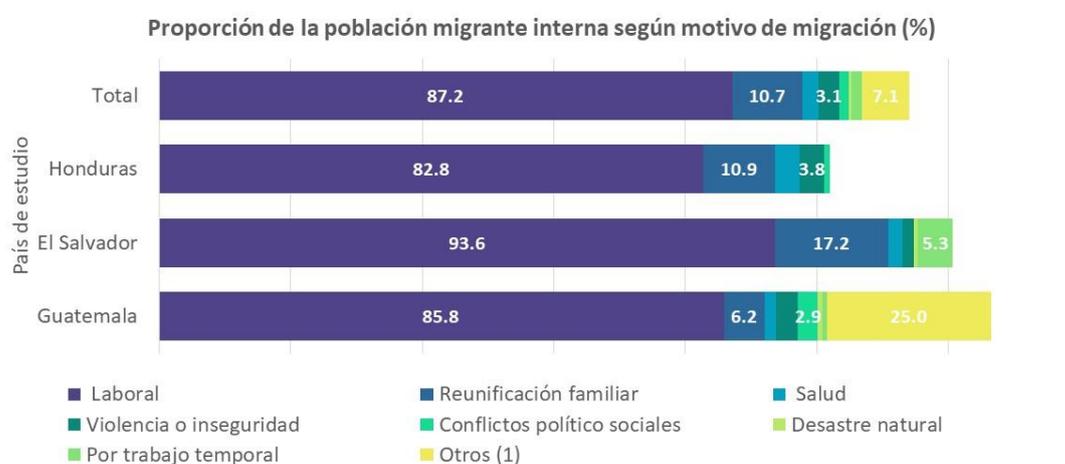
Notas: (1) p25 hace referencia al percentil 25 y p75 al percentil 75. (2) En escolaridad, la categoría “Básica o nula” contempla a las personas que mencionaron no tener estudios o haber cursado la primaria o secundaria y la categoría “Media superior o más” se refiere a las personas que mencionaron haber cursado el bachillerato, la universidad o un grado educativo mayor (maestrías, doctorados). (3) Prueba de ANOVA unidireccional para variable Edad y prueba Chi-Cuadrado para el resto de las variables.

Características del trayecto migratorio

Poco más de un cuarto de las PM internas (27%) indicaron viajar solas, patrón que se observó de forma similar en todos los países. En promedio, el tiempo de viaje reportado por las personas encuestadas fue de un mes. La principal razón para migrar, señalada por el 87.2% de los encuestados, fue la búsqueda de empleo, seguida por la reunificación familiar (10.7%). Estos motivos también resultaron ser predominantes en todos los países (*ver ilustración 6*).

Ilustración 6. Motivos de migración de la población migrante interna

En la población migrante interna, la reunificación familiar fue el segundo motivo más importante para migrar.

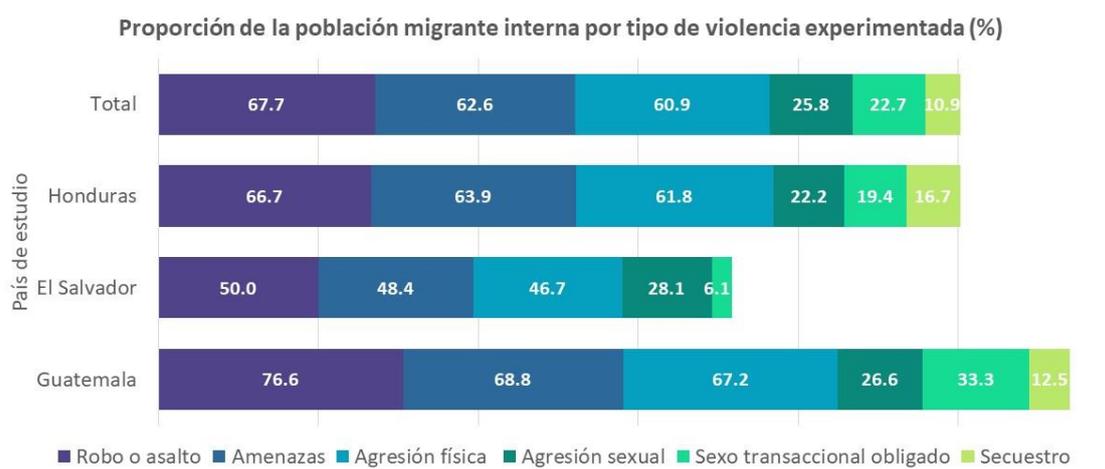


Notas: (1) “Otros” incluye discriminación (7.1%), estudios (64.3%) y no agrupados (28.6%). (2) La suma de los porcentajes en cada país es mayor a cien porque las personas tenían la posibilidad de elegir más de un motivo de migración.

Menos de un quinto (17.8%) de las PM internas reportó haber experimentado violencia durante su trayecto, cifra que ascendió a 23% en Guatemala. Dentro de este grupo, 67.7% enfrentó asaltos o robos, 62.6% amenazas y 60.9% agresiones físicas. Estas formas de violencia también fueron las que se mencionaron con mayor frecuencia por las personas encuestadas en cada país (ver ilustración 7).

Ilustración 7. Experiencias de violencia en la población migrante interna

Alrededor de 7 de cada diez personas migrantes internas experimentaron robos, asaltos, amenazas o agresiones físicas durante su trayecto.



Nota: La suma de los porcentajes en cada país es mayor a cien porque las personas tenían la posibilidad de elegir más de una experiencia de violencia.

La discriminación también fue una situación experimentada por las PM internas al buscar alojamiento (27.1%), interactuar con la policía (21.5%) y al buscar empleo (17.8%). En Honduras, 31.6% de las PM reportó discriminación en ambientes educativos, mientras que en Guatemala (30.8%) y El Salvador (26.9%), la discriminación laboral fue especialmente señalada.

Comportamiento sexual

En cuanto a los indicadores de comportamiento sexual, la mayoría de las PM internas (69.6%) reportó haber tenido relaciones sexuales durante el viaje (ver tabla 13). Guatemala destacó con el porcentaje más alto, donde el 84.6% de las PM indicaron haber mantenido relaciones sexuales en el trayecto. Además, el uso del condón se reportó como inconsistente en el 61.6% de los casos.

Respecto a la salud sexual, 34.4% de la población migrante interna mencionó haberse sometido a una prueba de VIH en el último año, tendencia que también se observó en Honduras, Guatemala y El Salvador, aunque estas diferencias no fueron significativas.

Además, Guatemala fue el único país donde se registraron casos de PM internas que tuvieron relaciones sexuales bajo el efecto de drogas (27.3%).

Tabla 13. Comportamiento sexual de la población migrante interna

		Total N=775 100.0%	Honduras n=250 32.3%	El Salvador n=242 31.2%	Guatemala n=283 36.5%	Diferencia estadística (1)
Sexo durante el trayecto (%) (3)						
	Sí	69.6	64.7	57.0	84.6	0.000
Uso inconsistente del condón (%) (2)(3)						
	Sí	61.6	66.2	59.5	59.7	0.379
Se realizaron una prueba de VIH (%) (4)						
	En los últimos 12 meses	34.4	29.3	34.2	39.1	0.067
Historial de ITS (%) (3)						
	Sí	9.8	8.2	11.5	9.7	0.491
Sexo con drogas (%) (3)						
	Sí	27.3	0.0	0.0	27.3	n/a

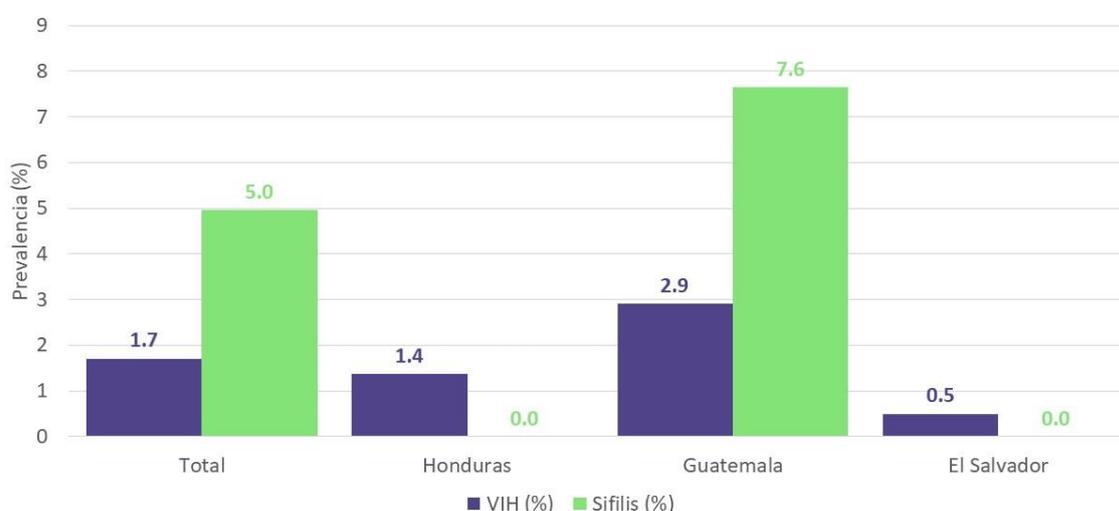
Nota: (1) Prueba Chi-cuadrado. (2) Variable calculada con respecto al total de personas que reportaron haber tenido relaciones sexuales durante el trayecto. (3) La categoría "No" es el complemento. (4) La categoría "Más de 12 meses" es el complemento.

Prevalencia de VIH y sífilis

En la población migrante interna, la prevalencia de sífilis (4.9%) fue más del doble de la de VIH (1.7%). Guatemala resultó ser el país con las tasas más alta de prevalencia de VIH (2.91%) y sífilis (7.6%). Al igual que en el caso de las PM internacionales, estas cifras sugieren que las infecciones por sífilis son una preocupación mayor entre las PM internas en comparación con las infecciones por VIH (ver ilustración 8).

Ilustración 8. Prevalencia de VIH y sífilis en la población migrante interna

En la población migrante interna, la prevalencia de VIH fue de 1.7% y la de sífilis de 4.9%.



Nota: La prevalencia de VIH de El Salvador corresponde a una persona que ya conocía su estatus al momento de la encuesta.

El análisis de los resultados de las pruebas de VIH en conjunto con las características individuales de las personas migrantes (ver tabla 14) revela que, en el grupo de PM internas con resultado positivo en la prueba de VIH, la mayoría presentó sífilis (75%), depresión (63.6%) y ansiedad (54.6%), aunque solo en la primera variable (VIH y sífilis) la diferencia fue significativa.

Tabla 14. Características de la población migrante interna en comparación con los resultados de las pruebas de VIH

		Total N=642 100.0%	Prueba negativa n=631 98.3%	Prueba positiva n=11 1.7%	Diferencia estadística (2)
Edad (años)	Mediana (p25, p75) (1)	30 (24,38)	29 (24,37)	37 (26,41)	0.169
Violencia en el tránsito (%) (4)	Sí	19.0	18.8	27.3	0.479
Discriminación en el tránsito (%) (4)	Sí	52.2	51.7	81.8	0.048
Sexo durante el trayecto (%) (4)	Sí	73.8	73.6	81.8	0.540
Uso inconsistente del condón (%) (3)(4)	Sí	62.9	62.8	66.7	0.811
Prueba de VIH (%) (5)	En los últimos 12 meses	33.4	33.6	27.3	0.662
Historial de ITS (%) (4)	Sí	10.1	10.0	11.1	0.915
Sexo con drogas (%) (4)	Sí	27.8	27.7	28.6	0.961
Tener depresión (%) (4)		32.1	31.5	63.6	0.024
Tener ansiedad (%) (4)		53.7	53.7	54.6	0.954
Prueba de Sífilis (%)	Negativa	95.0	96.4	25.0	0.000
	Positiva	4.5	3.6	75.0	

Nota: (1) p25 hace referencia al percentil 25 y p75 al percentil 75. (2) Prueba de ANOVA unidireccional para variable Edad y prueba Chi-Cuadrado para el resto de las variables. (3) Variable calculada con respecto al total de personas que reportaron haber tenido relaciones sexuales durante el trayecto. (4) La categoría "No" es el complemento. (5) La categoría "Más de 12 meses" es el complemento.

En el caso de las infecciones por sífilis (ver tabla 15), quienes dieron positivo a esta ITS también enfrentaron niveles más altos de violencia (33.3% vs 19.9%) y discriminación (61.9% vs 50.8%) en su ruta migratoria, en comparación con aquellos con resultado negativo. Además, de forma contraria a las infecciones por VIH, se observa una mayor tendencia al uso inconsistente del condón entre los que sí presentaron sífilis (73.7%). Cabe destacar que, solo 28.6% de la población con resultado positivo en la prueba de sífilis, también obtuvo un resultado positivo para VIH. Sin embargo, ninguna de estas características resultó ser estadísticamente significativa entre las PM internas con prueba de sífilis positiva y negativa.

Tabla 15. Características de la población migrante interna en comparación con los resultados de las pruebas de sífilis

		Total N=423 100.0%	Prueba negativa n=402 95.0%	Prueba positiva n=21 5.0%	Diferencia estadística (2)
Edad (años)	Mediana (p25, p75) (1)	30 (24,38)	30 (25,38)	30 (25,37)	0.614
Violencia en el tránsito (%) (4)	Sí	20.6	19.9	33.3	0.138
Discriminación en el tránsito (%) (4)	Sí	51.4	50.8	61.9	0.321
Sexo durante el trayecto (%) (4)	Sí	77.9	77.2	90.5	0.154
Uso inconsistente del condón (%) (3)	Sí	61.2	60.3	73.7	0.247
Prueba de VIH (%) (5)	En los últimos 12 meses	35.2	35.3	33.3	0.851
Historial de ITS (%) (4)	Sí	89.1	89.1	11.8	0.911
Sexo con drogas (%) (4)	Sí	27.8	27.9	26.3	0.884
Tener depresión (%) (4)		33.1	32.3	47.6	0.146
Tener ansiedad (%) (4)		54.8	55.5	42.9	0.257
Prueba de VIH (%)	Negativa	98.1	99.5	71.4	0.000
	Positiva	1.9	0.5	28.6	

Notas: (1) p25 hace referencia al percentil 25 y p75 al percentil 75. (2) Prueba de ANOVA unidireccional para variable Edad y prueba Chi-Cuadrado para el resto de las variables. (3) Variable calculada con respecto al total de personas que reportaron haber tenido relaciones sexuales durante el trayecto. (4) La categoría "No" es el complemento. (5) La categoría "Más de 12 meses" es el complemento.

Necesidades de salud

Durante su trayecto, 17.3% de las PM internas reportaron enfrentar problemas de salud, con una incidencia menor entre las personas encuestadas en El Salvador (10.6%). Los principales problemas de salud identificados incluyeron traumatismos, constituyendo el 41.7% de los casos, seguidos por enfermedades respiratorias (14.8%) y otras afecciones (27.6%) (ver tabla 16).

En cuanto a la seguridad alimentaria, solo 18.5% de las PM aseguró tener acceso a alimentos de manera regular, mientras que 19.3% experimentó inseguridad alimentaria leve, 16.4% moderada y 45.9% enfrentó inseguridad alimentaria severa. Estas proporciones se mantuvieron similares a lo largo de los distintos países analizados.

Respecto a la salud mental, se observó una prevalencia general de depresión del 29.3%, variando significativamente entre El Salvador (17%) y Guatemala (40.5%). La ansiedad fue reportada por el 52.1% de las PM, cifra que se mostró consistente entre los tres países, lo que evidencia la necesidad de atención psicosocial a lo largo de la ruta migratoria.

Tabla 16. Necesidades de salud de la población migrante interna

	Total N=775 100.0%	Honduras n=250 32.3%	El Salvador n=242 31.2%	Guatemala n=283 36.5%	Diferencia estadística (1)
Problemas de salud durante el trayecto (%) (4)					
Sí	17.3	18.4	10.6	21.9	0.003
Problemas de salud padecidos (%) (2) (3)					
Traumatismo (heridas, accidentes, fracturas, golpes)	41.7	31.8	41.7	49.2	0.211
Enfermedad respiratoria	14.8	22.7	16.7	8.3	0.120
Enfermedad gastrointestinal	3.2	0.0	12.5	1.7	0.013
Deshidratación/Desnutrición/Hambre	3.2	2.3	4.2	3.4	0.903
Otros	27.6	29.6	29.6	30.5	0.413
Alimentación durante el trayecto (%)					
Seguridad alimentaria	18.4	13.0	29.9	13.8	
Inseguridad leve	19.3	19.3	24.6	14.9	0.000
Inseguridad moderada	16.4	19.8	13.4	16.0	
Inseguridad severa	45.9	47.9	32.1	55.3	
Prevalencia de Depresión (%)	29.3	27.8	17.0	40.5	0.000
Prevalencia de Ansiedad (%)	52.1	48.7	44.0	61.5	0.000

Notas: (1) Prueba Chi-Cuadrado. (2) Variable calculada con respecto al total de personas que reportaron haber tenido problemas de salud durante el trayecto. (3) Puede sumar más de 100 porque las personas encuestadas tenían la posibilidad de indicar más de un problema de salud. (4) La categoría "No" es el complemento. (5) La categoría "Más de 12 meses" es el complemento.

Población migrante en alto riesgo

Del total de las personas migrantes internas encuestadas que dieron información sobre su identidad y orientación sexual (N=704), **10.1% se identificaron como población en alto riesgo**, de ellas 66.2% eran hombres y el resto mujeres. Una pequeña cantidad de las PM internas en alto riesgo (10.1%) reportaron tener una escolaridad equivalente o mayor al nivel medio superior y ocho de cada diez (84.5%) mencionaron no tener pareja (ver tabla 17).

Tabla 17. Características individuales de la población migrante interna en alto riesgo

	Total N=704 100.0%	Población general n=633 89.9%	Población en alto riesgo (1) n=71 10.1%	Diferencia Estadística (2)
Edad (años)				
Mediana (p25, p75) (3)	30 (24,38)	30 (24,38)	30 (24,37)	0.726
Sexo (%)				
Hombre	52.5	51.9	66.2	0.015
Mujer	47.5	49.1	33.8	
Escolaridad (%) (4)				
Básica o nula	88.9	88.7	89.9	
Media superior o más	11.1	11.3	10.1	0.781
Estado Civil (%)				
Soltero/Divorciado/ Separado/Viudo	63.4	61.0	84.5	0.000
Casado/Unión Libre	36.6	39.0	15.5	

Notas: (1) Participantes que se identificaron como mujeres y hombres de muy alta prevalencia o que mencionaron ser hombres de alta prevalencia. (2) Prueba de ANOVA unidireccional para variable Edad y prueba Chi-Cuadrado para el resto de las variables. (3) p25 hace referencia al percentil 25 y p75 al percentil 75. (4) En escolaridad, la categoría "Básica o nula" contempla a las personas que mencionaron no tener estudios o haber cursado la primaria o secundaria y la categoría "Media superior o más" se refiere a las personas que mencionaron haber cursado el bachillerato, la universidad o un grado educativo mayor (maestrías, doctorados).

La mayor proporción de violencia durante el tránsito fue reportada por PM internas en alto riesgo, en comparación con aquellas de población general (30.4% vs 16.5%), aunque esta diferencia no fue significativa. Además, un mayor porcentaje de las personas migrantes en alto riesgo experimentaron discriminación en comparación con las PM de población general (ver tabla 18). Por ejemplo, al solicitar empleo, 45.7% de las personas migrantes en alto riesgo señalaron enfrentar discriminación mientras que en el resto de las PM migrantes la cifra fue de 26.8%.

Tabla 18. Características del trayecto migratorio de la población migrante interna en alto riesgo

		Total N=704 100.0%	Población general n=633 89.9%	Población en alto riesgo (1) n=71 10.1%	Diferencia estadística (2)
Viaja acompañado (%) (5)	Sí	26.6	27.7	17.4	0.067
Tiempo viajando (meses)	Mediana (p25, p75)(3)	1 (0,11)	1 (0,11)	0 (0,8)	0.564
Violencia en el tránsito (%) (5)	Sí	17.9	16.5	30.4	0.004
Discriminación en el tránsito (%) (4)	En la escuela	21.6	18.6	46.9	0.000
	Al solicitar empleo	28.7	26.8	45.7	0.001
	En el trabajo	25.5	23.3	44.9	0.000
	Al buscar donde vivir	25.3	23.7	40.0	0.003
	Al buscar atención médica	14.1	13.2	22.9	0.027
	Por parte de la policía	20.4	17.9	42.3	0.000
	Otras situaciones	28.5	25.5	54.9	0.000

Notas: (1) Participantes que se identificaron como mujeres y hombres de muy alta prevalencia o que mencionaron ser hombres de alta prevalencia. (2) Prueba de ANOVA unidireccional para la variable de Tiempo viajando y prueba Chi-Cuadrado para el resto de las variables. (3) p25 hace referencia al percentil 25 y p75 al percentil 75. (4) Puede sumar más de 100 porque las personas encuestadas tenían la posibilidad de indicar más de un problema de salud. (5) La categoría "No" es el complemento.

Las PM internas en alto riesgo mencionaron en mayor proporción haber tenido relaciones sexuales durante el trayecto en comparación con el resto (84.1% vs 67.4%). En comparación con la población en alto riesgo, un porcentaje más alto de PM de población general (63.9%) reportó un uso inconsistente del condón (ver tabla 19). En contraste, relaciones sexuales bajo los efectos de drogas fueron reportadas por 36.8% de la población en alto riesgo, siendo una tasa superior (aunque no significativa) a la del resto (22.5%).

Tabla 19. Comportamiento sexual de la población migrante interna en alto riesgo

	Total N=704 100.0%	Población general n=633 89.9%	Población en alto riesgo (1) n=71 10.1%	Diferencia estadística (2)
Sexo durante el trayecto (%) (4)				
Sí	69.1	67.4	84.1	0.005
Uso inconsistente del condón (%) (3)(4)				
Sí	61.4	63.9	43.1	0.002
Prueba de VIH (%) (5)				
En los últimos 12 meses	32.8	30.5	53.5	0.000
Historial de ITS (%) (4)				
Sí	9.8	8.9	17.4	0.024
Sexo con drogas (%) (4)				
Sí	25.3	22.5	36.8	0.067

Notas: (1) Participantes que se identificaron como mujeres y hombres de muy alta prevalencia o que mencionaron ser hombres de alta prevalencia. (2) Prueba Chi-Cuadrado. (3) Variable calculada con respecto al total de personas que reportaron haber tenido relaciones sexuales durante el trayecto. (4) La categoría "No" es el complemento. (5) La categoría "Más de 12 meses" es el complemento.

Al comparar las necesidades de salud de las PM internas en alto riesgo y población general, se observa que el porcentaje de personas que experimentó problemas de salud en su trayecto fue 2.9 puntos porcentuales mayor para el primer grupo, aunque la diferencia entre grupos no es significativa. Además, 74.7% de las PM en alto riesgo reportó haber padecido de inseguridad alimenticia severa, superando a sus contrapartes (40.6%). Las PM de la población en alto riesgo también presentaron una prevalencia más alta de depresión (44.3%), ansiedad (75.4%), sífilis (15.7%) y VIH (9.8%) en comparación con la población migrante interna en general (ver tabla 20).

Tabla 20. Necesidades de salud de la población migrante interna en alto riesgo

	Total N=704 100.0%	Población general n=633 89.9%	Población en alto riesgo (1) n=71 10.1%	Diferencia estadística (2)
Problemas de salud durante el trayecto (%) (5)				
Sí	16.5	16.2	19.1	0.540
Problemas de salud padecidos (%) (3) (4)				
Traumatismo (heridas, accidentes, fracturas, golpes)	43.9	43.6	46.2	0.859
Enfermedad respiratoria	16.5	16.7	15.4	0.907
Enfermedad gastrointestinal	3.5	3.0	7.7	0.384
Deshidratación/Desnutrición/Hambre	3.5	3.0	7.7	0.384
Otros	25.4	24.8	30.8	0.639
Alimentación durante el trayecto (%)				
Seguridad alimentaria	19.2	20.9	4.2	
Inseguridad leve	20.0	21.5	7.0	0.000
Inseguridad moderada	16.7	17.0	14.1	
Inseguridad severa	44.1	40.6	74.7	
Prevalencia de Depresión (%)	27.5	25.5	44.3	0.001
Prevalencia de Ansiedad (%)	50.0	47.2	75.4	0.000
Prevalencia de Sífilis (%)	5.4	3.8	15.7	0.001
Prevalencia de VIH (%)	1.9	1.0	9.8	0.000

Notas: (1) Participantes que se identificaron como mujeres y hombres de muy alta prevalencia o que mencionaron ser hombres de alta prevalencia. (3) Variable calculada con respecto al total de personas que reportaron haber tenido problemas de salud durante el trayecto. (4) Puede sumar más de 100 porque las personas encuestadas tenían la posibilidad de indicar más de un problema de salud. (5) La categoría "No" es el complemento.

4.2. Componente cualitativo

Se realizaron **61 entrevistas a personas migrantes (PM)** en México (n=32), Guatemala (n=14) y Honduras (n=15) entre septiembre de 2022 y marzo de 2023. Además, se hicieron 25 entrevistas con actores clave, ocho de México, cuatro de Guatemala, cuatro de El Salvador, cinco de Costa Rica y cuatro de Panamá, que al momento de la entrevista laboraban en el sector público o social, relacionado con migración.

Perfil sociodemográfico de las PM

La edad promedio de las 61 PM entrevistadas fue de 31 años y únicamente dos entrevistados eran menores de edad viajando sin acompañamiento (*ver tabla 21*). La mayoría reportó Honduras (n=27) o Venezuela (n=26) como país de nacimiento, además participaron personas de El Salvador, Guatemala, Cuba, Ecuador y Nicaragua. Además, 34 reportaron ser mujeres biológicas y el resto hombres (27); tres personas se identificaron como hombres de muy alta prevalencia. En cuanto a su orientación sexual, 55 PM se identificaron como heterosexuales y seis como hombres de alta prevalencia. La mayoría (n=44) definió su estado civil como soltero y con relación a su escolaridad, dos PM comentaron no haber asistido nunca a la escuela, 55 estudiaron hasta educación básica o media superior y tres tenían educación superior.

Las PM entrevistadas reportaron haber tenido en sus países de origen jornadas de trabajo en campos bananeros, como mecánicos, haber sido amas de casa, ayudantes de albañil, trabajadores en maquila, personal de limpieza o se desempeñaban como estudiantes. Cabe destacar que en algunos casos la ocupación principal de las PM se acompañaba de la venta obligada de droga.

Aunque una gran parte mencionó haber salido de su país de origen sin compañía, unirse a otros grupos de PM durante el trayecto es una práctica común. Entre los motivos que las PM mencionaron para salir de sus países de origen se encuentra principalmente la violencia en diversas expresiones, una situación económica que no les permitía cubrir sus necesidades básicas, discriminación, y en menor medida, búsqueda de atención a algún problema de salud. Si bien EUA continúa siendo el destino principal para las PM, se identificó también México como una opción que las PM tienen en mente.

Se observó que el trayecto seguido por las PM desde la salida hasta llegar al punto donde las entrevistas fueron realizadas, conlleva riesgos y dificultades, mismas que fueron afrontadas por las PM con recursos internos y externos a los que se vieron expuestos, considerando sus condiciones individuales.

Tabla 21. Perfil sociodemográfico de las personas migrantes entrevistadas

	Total N=61	Honduras n=15	Guatemala n=14	México n=32
Sexo biológico				
Femenino	34	4	11	19
Masculino	27	11	3	13
Identificación de género				
Hombres de muy alta prevalencia	3	0	0	3
Orientación sexual				
Heterosexual	55	14	13	27
Hombres de alta prevalencia	6	1	1	4
Estado civil				
Soltero(a)	44	11	12	21
Unión libre	14	3	1	10
Casado(a)	3	1	1	1
Escolaridad (n=60)				
Sin escolaridad	2	0	1	1
Educación básica o media superior	55	14	13	28
Educación superior	3	1	0	2
Edad promedio	31 años	30 años	35 años	29 años

Las experiencias de las PM durante su trayecto se ven enmarcadas en una serie de retos que impactan en su salud. Con base en la información recolectada, dichas dificultades se engloban en ocho principales categorías: alimentación, enfermedades ambulatorias, lesiones y heridas, enfermedades crónicas, salud mental, salud sexual y reproductiva, violencia y vivencias de la población en alto riesgo. Por su parte, ante las necesidades que estos retos representan, los actores clave identifican logros y tareas pendientes en la respuesta institucional que se da en cada país.

Acceso limitado a alimentos y agua potable

Durante el trayecto, las personas migrantes se enfrentaron constantemente a dificultades para obtener comida y agua potable. Las adversas e impredecibles condiciones del camino (como tener que cruzar la selva del Darién) aunadas a la falta de dinero, llevaron a las personas migrantes a dejar de comer y a tomar agua contaminada.

Se identificó que esta situación fue más grave para quienes iban con niños y niñas. En estos casos, los adultos reportaron priorizar la alimentación de los niños en lugar de la propia cuando conseguían alimento. La situación era más complicada para quienes viajaban con lactantes, debido a la dificultad de conseguir fórmula láctea en el camino.

Ante el hambre y la sed, las personas migrantes intentaron estrategias como: ignorar el hambre, consumir agua contaminada (aun conociendo los riesgos que esto conlleva), pedir dinero en las calles (posicionándose en situaciones de riesgo a discriminación o violencia), solicitar apoyo económico a familiares (con la dificultad de poder tener acceso a él), pedir alimentos a otras personas migrantes, ofrecer ayuda a cambio de alimento o dinero (como

barrer una banqueta o apoyar en un puesto de alimentos), y, en algunos casos, considerar la posibilidad de realizar sexo transaccional/trabajo sexual.

Al llegar a sitios como albergues, las personas migrantes conseguían alimentos y agua de manera gratuita. En México, gracias a organizaciones no gubernamentales, algunas personas tuvieron acceso a empleos, lo que les permitió tener un ingreso para satisfacer sus necesidades básicas. En otros casos, las personas migrantes buscaron trabajos informales, como puestos de trabajo en tiendas o negocios de comida.

Ocurrencia de enfermedades ambulatorias, lesiones y heridas

Las características del trayecto llevaron a las PM a vivir diferentes condiciones de salud relacionadas con enfermedades ambulatorias, lesiones y heridas. Las heridas y lesiones fueron causadas principalmente por accidentes, como caídas causadas por el tipo de suelo y obstáculos en el camino. También reportaron haber vivido dolores, ampollas en los pies o malestares causados por picaduras de insectos, los cuales se asociaron con el clima (humedad), las condiciones del viaje (tener que dormir en la intemperie) y los largos caminos que recorrieron caminando.

Estas situaciones se relacionaron también con el transporte que utilizaron. Aunque algunas personas migrantes hicieron su travesía únicamente a pie, la mayoría combinó diferentes medios de transporte, es decir, algunos trayectos los hicieron a pie y otros, en transporte público o balsas. La elección del medio de transporte estuvo mediada por las características del camino y las posibilidades económicas. La urgencia por pasar ciertos tramos, subir o bajar de vehículos o atravesar caminando escenarios peligrosos, como la selva, llevó a las PM a sufrir desgaste físico, lesiones y enfermedades.

Por su parte, las PM mencionaron haber presentado enfermedades respiratorias y gastrointestinales temporales causadas por condiciones climáticas, como tormentas o lluvias que enfrentaron sin protección, así como por la falta de agua potable y la escasez de alimentos o condiciones higiénicas para ingerirlos.

Durante el trayecto, ante las necesidades de salud-enfermedad, las PM recurrieron a tres principales estrategias: 1) no realizaron alguna acción en específico y continuaron su camino asumiendo que son dificultades propias del trayecto, enfocándose en llegar a su país de destino, 2) usaron accesorios que traían para protegerse y cuidarse lo más posible (suéteres, gorros, impermeables, ungüentos y vendas) y 3) se automedicaron con insumos que traían desde casa o que consiguieron en alguna farmacia en el tránsito.

Al hacer una pausa en algún país de tránsito, en caso de urgencia, algunas PM buscaron atención médica en servicios públicos, ONG's, albergues o refugios, ya sea para hospitalización o recibir medicamentos. Un desafío al que se enfrentaron, sobre todo con

relación a los servicios públicos de salud, fue la complicación para ser atendidos debido a actitudes discriminatorias, su estatus migratorio o la ausencia de documentación personal.

Atención a enfermedades crónicas

Entre las enfermedades con diagnóstico médico las PM refirieron anemia, asma, ansiedad, cáncer, depresión, diabetes, estrés, epilepsia e hipertensión; también, problemas de salud como, fibroma uterino cancerígeno, útero inflamado y quistes en el ovario. Los padecimientos de salud propios o de algún familiar se mencionaron como motivación para salir de su país, en esa decisión permeó temor a lo que pudiera ocurrir en el trayecto por su precedente de salud.

La mayoría de estas PM habían recibido tratamiento médico previo al comienzo de su trayecto, sin embargo, también en la mayoría de los casos ya no lo tomaban al momento de la entrevista, en algunos casos porque se les terminó durante el trayecto y no lo habían podido conseguir. En el caso de aquellos que no habían recibido atención en su país de origen, esperaban poder llegar a EUA o México para recibir la atención necesaria.

Para aquellas PM con enfermedades crónicas que se encontraban en México al momento de la entrevista, la principal dificultad en la búsqueda de atención estuvo relacionada con el acceso a medicamentos o estudios de laboratorio (como ultrasonidos). Si bien muchas veces fueron atendidos en las instancias de salud, este tipo de insumos/servicios no siempre estaban disponibles y debieron realizarse en servicios privados, lo que se dificulta por las condiciones económicas de la población. En algunos casos, mencionaron que el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) les había ofrecido apoyo para conseguir el tratamiento farmacológico que necesitaban, en tanto proporcionar una receta médica.

Impacto en la salud mental

Se identificó que las manifestaciones en el deterioro de la salud mental entre las PM se expresan en diferentes momentos del proceso migratorio. Algunas de las PM iniciaron su trayecto con manifestaciones relacionadas con una alteración de la salud mental expresadas a través de diagnósticos médicos de ansiedad (y con un tratamiento farmacológico) y en otros a un auto diagnóstico debido a malestares como nerviosismo, dolor de cabeza, falta de aire y vértigo.

El antecedente de intentos de suicidio también se hace presente. Las condiciones en los países de origen, como violencia, carencias económicas, discriminación y amenazas, entre otras, están relacionadas con la salud mental de las PM. Además, durante el trayecto, las condiciones y riesgos, como cansancio, incertidumbre, miedo y preocupaciones, hace que

se presente un agotamiento mental; mismo que por la urgencia de seguir avanzando, pocas veces es atendido.

Para aquellas PM que, por su ruta, tuvieron que cruzar por la selva del Darién, las características de su trayecto se vieron afectadas por situaciones como ver personas muertas en el paso por ésta, lo que incrementó el malestar psicológico y generó, en algunos casos, pensamientos de arrepentimiento por haber emprendido el viaje y/o constante terror; ante estas situaciones, las PM recurren a creencias religiosas y rezos, esperando que ellos disminuyan los riesgos.

Resalta que, a pesar de haber expresado malestares relacionados con salud mental, no todas las PM las identificaron como una necesidad de salud explícita, en ocasiones se percibe como una carga o situación “natural” que forma parte de la decisión de haber migrado.

En el caso de aquellos que sí buscaron ayuda, las PM hicieron referencia a atención psicológica brindada principalmente dentro de los albergues. Este servicio fue buscado con el fin de expresar su sentir con relación a las situaciones de violencia que vivieron en sus países de origen o en el trayecto. En varios casos mencionaron la necesidad de contar con más espacios para poder compartir sus experiencias y agradecieron la disponibilidad del personal de psicología. A pesar de esto, también percibieron que no era suficiente la atención que recibieron, considerando el poco personal disponible para brindar las sesiones.

Para aquellas personas en tratamiento farmacológico, la atención al llegar a México, que es cuando tuvieron oportunidad de buscar apoyo médico, se dificultó al notar que los servicios de salud públicos no incluían servicios especializados de tercer nivel (psiquiatría y neurología, por ejemplo) por lo que el acceder a una consulta o medicamentos implicaba un gasto económico y riesgos, ya que se debían trasladar a otros lugares.

Experiencias en la salud sexual y reproductiva

El uso del preservativo masculino, previo a la migración y en el trayecto, no fue constante en caso de tener unapareja “estable” al considerarse como una práctica no necesaria. Durante el trayecto, las prácticas sexuales consensuadas fueron limitadas debido a la falta de espacios y al tener como prioridad, continuar su camino. Para quienes mencionaron haber requerido preservativos, accedieron a ellos en servicios públicos de salud o con el apoyo de ONG’s, sin embargo, en algunos casos mencionaron haber preferido comprar debido a que percibieron de menor calidad los que les obsequian.

Algunas mujeres migrantes refirieron haber usado alguna vez en su vida métodos anticonceptivos orales, inyectados, implantes o haberse sometido a una Oclusión Tubaria Bilateral. Para aquellas que requirieron anticonceptivos en el trayecto, las ONG’s y los servicios de salud públicos fueron el principal medio de acceso. Resalta que, en algunos

casos, la aplicación de alguno de esos métodos es considerada como una estrategia previa a salir de sus países, debido al riesgo de abuso sexual que se sabe que existe.

Ante situaciones de embarazo, las mujeres migrantes mencionaron haber sentido más cansancio y preocupación durante el trayecto. Al llegar a un país, como México, recibieron atención médica para dar seguimiento a su embarazo. Si bien esa atención la obtuvieron de forma gratuita, el costo de los medicamentos, vitaminas y estudios derivados de la consulta debía ser cubierto por su cuenta, lo que ocasiona dificultades económicas.

El sexo transaccional/trabajo sexual no fue una constante durante el trayecto, sin embargo, sí llegó a reportarse una vez que se llegó a un sitio específico, en donde las necesidades económicas se incrementaron, así como las promesas de trabajo, dinero o espacios para pernoctar.

La mayoría de las PM que viven con VIH mencionaron que salieron de sus países con suficiente medicamento para continuar con su tratamiento durante el trayecto. Uno de los casos suspendió su medicamento algunos días porque experimentó malestar por tomarlo sin alimentos. Al llegar a un sitio como México o Guatemala, las PM que requerían medicamento se acercaron a ONG's o servicios públicos, quienes, después de un proceso que puede llevar tiempo, les brindaron el tratamiento farmacológico necesario.

La mayoría de las PM mencionaron que las pruebas de VIH/ITS realizadas como parte de este proyecto en México, fueron las primeras que se realizaron desde que salieron de su país.

Situaciones de violencia

La violencia representó una constante en la vida de las PM, las situaciones vividas durante su trayecto no solo representaron un riesgo, sino también crearon incertidumbre sobre su deseo de continuar. Se identificaron dos expresiones de violencia que reportaron las PM: aquellas relacionadas con violencia social (asaltos, extorsiones) y las relacionadas con violencia sexual.

Respecto a la violencia social, se identificaron extorsiones por parte de la policía, acompañadas de gritos, golpes o la amenaza de ser regresados a su país si no daban el dinero solicitado. También mencionaron asaltos por parte de civiles, casi siempre personas locales, especialmente al buscar apoyo para continuar su camino y al tener que tomar rutas menos concurridas por no contar con recursos económicos para pagar extorsiones o a "coyotes". En estas situaciones, la violencia física frecuentemente acompañó al asalto. Por último, expresaron intentos de secuestro, golpes, discriminación por ser PM o su orientación sexual.

Varias mujeres refieren haber vivido violencia sexual, sin embargo, prácticamente ninguna de ellas denunció el evento. Respecto a las circunstancias en las que se dieron estas

violaciones, ocurrieron con personas con las que viajaban, por “coyotes”, por personas desconocidas que las interceptaron en el camino o después de la promesa de otorgar alojamiento.

Resalta que, ante las situaciones de violencia durante el trayecto la búsqueda de atención es limitada. En muchos de los casos estas situaciones fueron percibidas como “normales” pues comentaron que ya habían escuchado que era parte del trayecto que debían seguir. En el caso de violencia sexual, algunas de las víctimas recurrieron a servicios médicos (en México) para la obtención de una pastilla de emergencia y en un caso, la interrupción de un embarazo.

Personas migrantes en alto riesgo

Las personas migrantes en alto riesgo (ocho PM) vivían situaciones de conflicto político, doméstico y sexual. violencia, a menudo relacionada con su identidad sexual, que los obligaron a abandonar sus países de origen. Se identificó la presencia de experiencias de depresión, ansiedad, violencia- lesiones inducidas y, en algunos casos, un diagnóstico de VIH que, en ciertos casos, les llevaron a intentos de suicidio.

Se identificó que las PM de población en alto riesgo enfrentaron, al igual que el resto de las PM, escasez de alimentos y alojamiento y violencia durante su viaje. Sin embargo, esto implicó un riesgo mayor para aquellas PM con diagnóstico de VIH (cuatro PM), que se vieron obligadas a suspender su tratamiento antirretroviral por el malestar físico que les ocasionó tomar la medicación sin alimentos o por haberlo perdido o habérselos robado en el trayecto.

Conforme avanzaban en su trayecto, las condiciones de salud, necesidades económicas y riesgos incrementaron. Los síntomas de salud mental llegaron a intensificarse y la desesperación por recursos económicos llevó a algunos a realizar sexo transaccional/trabajo sexual. Los servicios de salud adaptados a la población en alto riesgo, como organizaciones de la sociedad civil enfocadas en personas de la población en alto riesgo y centros ambulatorios públicos, en México, para las personas con VIH, fueron reconocidos como un gran apoyo, sin embargo, los percibieron como limitados, también para aquellos que requerían tratamiento continuo contra el VIH.

Respuesta institucional ante la movilidad de personas migrantes

Para dar cobertura a las necesidades básicas de las personas migrantes (como alojamiento, higiene, apoyo legal para trámites de solicitud de refugio), de salud general, de salud sexual y reproductiva y derivadas de situaciones de violencia que viven las PM, los países ofrecen una serie de alternativas brindadas principalmente por la sociedad civil y el Estado.

Cabe recordar que las PM buscan atención al llegar a una ciudad de su trayecto en donde pueden hacer una pausa temporal (algunas horas o incluso días) y el malestar les dificulta continuar con su trayecto. Si bien las necesidades de salud física, alimentación y alojamiento son las más expresadas, el deterioro de la salud mental, de acuerdo con los AC, representa un tema prioritario no atendido.

La mayoría de los servicios de salud brindados por los Estados no son parte de un programa específico dirigido a personas migrantes, en gran medida son servicios a los que tienen acceso la población abierta del país en cuestión, lo que conlleva a las PM a enfrentarse a las mismas barreras que la población en general (largos tiempos de espera, desabasto, etc). En este tipo de hospitales y consultorios, las PM suelen recibir atención de primer nivel gratuita, siguiendo los procesos establecidos por los países.

Por su parte, los servicios de salud de las instituciones de la sociedad civil, como Médicos sin Frontera, Cruz Roja, Child Fund, ACNUR, albergues, entre otros, brindan atención en puntos específicos y en algunos casos brindan botiquines con insumos (medicamentos básicos, preservativos, electrolitos, etc.) para el trayecto.

Al referirse a atención a la salud sexual y reproductiva de las PM, los AC identifican servicios enfocados en la atención de personas con diagnóstico de VIH, así como acceso gratuito, dependiente de la disponibilidad, a anticonceptivos y preservativos. La posibilidad de realizar pruebas diagnósticas de ITS se ven restringidas a situaciones de violencia.

Respecto a la atención a situaciones de violencias, los AC mencionan que, si bien existen mecanismos para denunciar en sus países, en mayoría de los casos las PM lo hacen, en muchos casos por la creencia que de hacerlo podrían ser deportados, porque las instituciones se encuentran lejos de su trayecto o porque desconocen los procesos que deben seguir. Estas barreras son identificadas como áreas de oportunidad para mejorar los procesos.

En caso de situaciones de violencia sexual, en la mayoría de los países se cuenta con un protocolo de acción que consiste en atención médica, psicológica, prevención de VIH (profilaxis post exposición (PEP)) y si son mujeres, la píldora del día siguiente para prevenir embarazo (en caso de que sea una estrategia legal en el país). Este proceso suele ser promovido por organizaciones de la sociedad civil, y es el sector público quien lo adopta como parte de sus estrategias.

Los AC reconocen que, a pesar de los esfuerzos existentes para la atención a necesidades de salud, estos no son suficientes e identifican como principales barreras la falta de insumos, la falta de servicios específicos como laboratorios y atención de tercer nivel, la saturación de los servicios, el desconocimiento de las PM sobre la existencia de ellos mismos y sus derechos, los eventos discriminatorios por parte de los profesionales de la salud.

Mencionan también la relevancia de lograr fortalecer la colaboración entre los diferentes sectores y países, esto con el fin de lograr contar con una estrategia integral, regional que contribuya a salvaguardar la integridad de las PM.

4.2.2 Resultados cualitativos por país

4.2.2.1. México

Contexto

En México se realizaron 32 entrevistas con personas migrantes entre septiembre y octubre de 2022, en dos municipios en el sur de México: Tenosique en el estado de Tabasco y Tapachula en el estado de Chiapas. Además, se participaron ocho actores claves, cuatro pertenecían a una institución pública y cuatro a instituciones de la sociedad civil organizada, tres eran mujeres y cuatro hombres; cuatro tenían un postgrado y la edad promedio era de 37.5 años.

Perfil de las personas migrantes

La mayoría de las PM entrevistadas eran mujeres, respecto al país de origen, la mayoría era de Honduras, la edad promedio fue de 29 años y su nivel de escolaridad que oscila entre básico y medio superior (*ver tabla 22*).

Tabla 22. Perfil de las personas migrantes entrevistadas en México

		México n=32
Edad (años)	Promedio	29
	(edad mínima, edad máxima)	(17,42)
Sexo biológico	Hombre	13
	Mujer	19
Orientación sexual	Heterosexual	27
	Hombres de alta prevalencia	5
País de nacimiento	Honduras	24
	Guatemala	2
	Nicaragua	2
	Cuba	1
	Ecuador	1
	El Salvador	2
Escolaridad	Sin escolaridad	1
	Educación básica o media superior	28
	Educación superior	3
Estado civil	Soltero(a)	20
	Unión libre	10
	Viudo(a)	1
	Casado(a)	1

Pre migración

Perspectiva de las personas migrantes

Para la mayoría de las PM esta era su primera experiencia migrando y la decisión de migrar se dio en un contexto de emergencia, por situaciones inesperadas. Dentro de estas situaciones se identificó: 1) violencia social, ejercida por parte de pandillas/narcotráfico y 2) en el caso de mujeres, violencia ejercida por parte de la pareja 3) discriminación, especialmente a las PM de la población en alto riesgo, y 4) violencia de Estado. En otros, su decisión estuvo relacionada con necesidades de salud.

“A mi hermano lo mataron. Entonces, mi mamá tuvo que huir del país hace como cuatro años, 5 años casi. Entonces, a mí me buscaban también para lo mismo. Entonces, yo tuve que huir de mi país y a buscar a mi mamá. - ¿Quién mató a tu hermano? - No sé quién. Son pandillas.” (PM, Hombre, 21 años, Honduras)

Para obtener recursos económicos para iniciar su viaje, las PM tuvieron que vender sus pertenencias y/o recibir apoyo de sus familiares cercanos; sin embargo, también hay quienes emprendieron su viaje sin tener estas fuentes de ayuda.

“A mí nadie me manda dinero de Estados Unidos ni de ningún otro lado. Yo aquí digo que voy para Estados Unidos o para donde sea que me toque ir. Pero yo no cuento con dinero. Pero yo a Honduras no vuelvo.” (PM, Mujer, 46 años, Honduras)

Entre las enfermedades con diagnóstico médico que refieren las PM, se encuentra anemia, asma, ansiedad, depresión, estrés, epilepsia e hipertensión, entre otras. Todas estas personas recibían tratamiento médico en su país. Otras PM mencionaron condiciones relacionadas con eventos de violencia en sus países, por ejemplo, problemas de salud mental (que derivaron en algunos casos en intento de suicidio) y lesiones físicas producto de golpes recibidos.

Sobre las condiciones de salud sexual y reproductiva de las PM, se identificaron algunos casos de mujeres embarazadas. Fueron la inyección anticonceptiva y el implante subdérmico los métodos anticonceptivos más referidos. El uso del condón, en su país de origen, es mencionado con frecuencia entre las personas que no cuentan con una pareja “estable”. Las pruebas de VIH y otras ITS, solo habían sido realizadas por sugerencia explícita de algún médico. En el caso de las personas con VIH, mencionaron haber comenzado su tratamiento en su país de origen.

Perspectiva de las personas migrantes

Algunas PM emprendieron su proceso migratorio sin compañía y en el camino se agruparon con personas con las que coincidían. Otras PM comenzaron a migrar con su pareja, algún(os) miembro(s) de su familia, amistades o con un “coyote”. Muchos coincidieron en que realizar ese tránsito en compañía es menos difícil que hacerlo de manera solitaria. En cambio, otros consideraron que es necesario estar alerta sobre con quién era seguro agruparse o mantener algún tipo de comunicación, debido a que una elección equivocada podría conllevar un riesgo como un asalto o bien desviar su atención sobre su meta principal, que era llegar a un país en específico.

La elección del tipo de transporte utilizado dependió de los recursos económicos con los que contaban y también de los consejos que recibieron a lo largo del trayecto. Muchas PM usaron caminos solitarios, donde era difícil conseguir servicios de salud o alimentación.

Entre las dificultades más referidas está la falta de comida y dinero, de tal manera que muchas veces sólo ingirieron agua, no siempre potable.

“La verdad todo el camino no comíamos, como le digo, a la niña también varios días de que la tuve sin leche porque no teníamos para nosotros comprarle. El niño sí estuvo 3 días sin comer, porque no teníamos como, caminábamos y mirábamos por un monte nada más, nos mirábamos en una casita. Sí se me enfermaron porque nos cayó una gran tormenta en Guatemala, se me enfermaron bastante. Nosotros cuando nos agarró migración yo le di gracias a dios porque ya no podía, ya no podía la verdad. Yo esa ese día yo caía hincada porque ya no aguantaba mis pies, del mismo dolor yo traía una gran pelota en esto de aquí, de la misma mochila en la que traía a la niña.” (PM, Mujer, 22 años, Honduras)

También, las PM aludieron a dos expresiones de violencias: aquellas relacionadas con violencia social (asaltos, extorsiones) y aquellas relacionadas con violencia sexual, que experimentaron algunas de las mujeres migrantes.

“Ellos [los policías] lo intimidan a uno y le dicen, “¿Cuánto...cuánto dinero traes? Déjanos pa los frescos. Déjanos algo pa las aguas, pa la botana aquí. Y pasas.” Y un de...uno es donde le dice - “No traemos. Venimos hasta a pie. Venimos caminando.” Solo hubo uno, un retén que sí nos dejó pasar, que sí se compadeció y que nos dijo “Sí, pasen. Buena suerte,” nos dijo. Pero hubo varios que no, los regresaron. Lo que hicimos nosotros fue que rodeábamos. Los rodeamos. [...] Solo que nos quitaron los dineros, sí. Porque eso siempre ha ocurrido ahí en Guatemala, siempre nos...nos quitan dinero. A veces

también, a veces para tapar un permiso nos cobran.” (PM, Hombre, 33 años, Honduras)

“Entonces él me dijo que yo tenía que pagarle de alguna forma, que dinero no me estaba cobrando, porque su amiga le dijo que yo dinero no tenía, pero que yo tenía que pagar. Entonces [pausa con llanto] me dijo que me tenía que bajar y entonces él por...al ver que de que yo me negaba, pues por la fuerza fue que me utilizó. Yo sentía horrible porque pues [llanto] me parecía que era mi marido que me estaba violando otra vez.” (PM, Mujer, 46 años, Honduras)

Respecto a las necesidades de salud-enfermedad de las PM durante el tránsito hacia México, estuvieron relacionadas por un lado con lesiones causadas por accidentes sufridos durante el trayecto, principalmente a caídas, y por otro, con lesiones físicas como dolores, ampollas en los pies o malestares por picaduras de insectos y enfermedades respiratorias y gastrointestinales temporales, por las condiciones climáticas durante el camino.

“Yo cuando venía en Guatemala, cruzando por aquí, yo tuve una caída. Me pegué con una piedra en esto aquí y como que se me abrió esto de acá. Y yo no puedo, como quien dice, agarrar un palo, echarme, porque para que no me levante, porque quedo como trabada. Ya ahorita estos últimos días sí estaba preocupada porque me pegó un dolor en esto de aquí, que llega aquí a las costillas. Entonces ya me puse un poco más preocupada, pero he estado pidiendo a dios que me cure y que me cure porque yo no quisiera estar así, y en estos momentos yo no quisiera dejar abandonada a mi familia. Entonces ya ahorita ya se me ha estado calmando, gracias a dios me dieron una pastilla.” (PM, Mujer, 22 años, Honduras)

Respecto a salud sexual y reproductiva, las mujeres embarazadas experimentaron que el trayecto caminando fue más cansado. Ninguna PM refirió haber tenido prácticas sexuales consensuadas ni sexo transaccional/trabajo sexual en el tránsito desde su país de origen hasta llegar a México. En tanto las personas que viven con VIH, mencionaron que traían suficiente medicamento para continuar con su tratamiento durante el trayecto. Uno de los casos tuvo que suspender su tratamiento algunos días debido a que experimentó malestar por tomarlo sin alimentos.

Perspectiva de los actores claves

Por su parte, los AC reconocen que las condiciones de desplazamiento utilizadas por las PM varían según su país de origen, si viajan acompañadas, el dinero del que disponen, si han contratado o no a un “coyote”.

Entre las condiciones desafiantes que enfrentan las PM durante su trayecto, se encuentra la dificultad para cubrir sus necesidades básicas de agua, alimentación, higiene y salud en general. También, hay varios retos a nivel social a los cuales se enfrentan las PM: homofobia (en el caso de los miembros de la población en alto riesgo), discriminación, xenofobia. Un reto más se agrega para las personas que no son hispanohablantes, ya que no hay traductores o formas que faciliten la comunicación. Otro aspecto importante que aparece como reto es mantener su seguridad e integridad, debido a la violencia vivida, robos, extorsiones, asaltos y además para muchas mujeres, sobre todo, haber sufrido violencia sexual.

Los AC identifican que Estados Unidos de América sigue siendo el país destino de muchas PM; comentan que sigue vigente el “sueño americano” y aunque también hay quienes consideran que algunas PM buscan quedarse en México, para la mayoría de PM su estancia en México es de tránsito.

Estancia en México

Perspectiva de las personas migrantes

Al llegar a México, las PM pernoctaron en espacios como albergues o refugios y en otros casos, en espacios públicos. Entre las dificultades a las que se enfrentaron se encuentran las relacionadas con disposición de alimentos de calidad y recursos económicos limitados, por lo que algunas PM ejercieron empleos temporales con pago mínimo, solicitando su inclusión a programas gubernamentales o pidiendo dinero en las calles.

“Al día siguiente yo me puse a andar pidiendo y andar barriando lugares donde hacen tacos y cosas así, y pues ahí la gente siempre Dios pone gente buena y pues logré hacer un par de pesitos y conseguí comida para mi sobrina, que es lo que más nos importa y logramos llegar hasta aquí” (PM, Hombre, 27 años, Honduras).

La mayoría de las PM entrevistadas estaban en proceso de solicitud de refugio, en algunos casos esperando poder quedarse de manera permanente en México y en otras, como estrategia antes de continuar con su trayecto hacia EUA, país que tenían en mente desde su salida de sus países de origen, en la mayoría de los casos.

Durante su estancia en el país, han experimentado violencia social como intento de secuestro, golpes, discriminación o amenazas, ante estas situaciones el levantar una denuncia no ha sido una práctica frecuente. Algunas personas se han sentido discriminadas por personas locales. La violencia sexual también se ha hecho presente en mujeres que han recibido promesas de apoyo. Producto de esta violencia, la interrupción del embarazo llega a ser una alternativa.

“Supuestamente un señor nos dijo que nos iba a dar un hospedaje y todo. Ingresamos ahí, bueno, el señor...yo no tenía para pagar y el señor me dijo que me tengo que acostar con él para...para poderme dar. Entonces, o sea, pues prácticamente yo sí me sentí acosada ahí porque no quería, pero no me tocó pues hacer más que ceder. Entonces por eso es que yo ahorita me estoy haciendo la prueba de VIH y todo eso, porque yo no me cuidó porque no estaba con nadie, pero hice la prueba de embarazo y todo, entonces.” (PM, Mujer, 37 años, Ecuador)

Las necesidades de salud-enfermedad de las PM estuvieron relacionadas con la atención a su estado de salud pre migración, así como con situaciones derivadas de eventos y condiciones que se desarrollaron en su trayecto u ocurrieron en el sitio en el que se encontraban. Cuando se trató de enfermedades crónicas, la principal dificultad estuvo relacionada con el acceso a medicamentos o estudios de laboratorio (como ultrasonidos), si bien muchas veces fueron atendidos en las instancias de salud, este tipo de insumos/servicios no siempre estaban disponibles. En la mayoría de los casos cuya dolencia era temporal (dolor de muela, alergias, infecciones respiratorias, estomacales y dolor de cabeza), sí habían recibido algún tipo de medicamento para atender su malestar. La atención médica fue solicitada dentro de los albergues o en los servicios de salud públicos.

En varios casos externaron emociones relacionadas con tristeza y preocupación, además de la necesidad de contar con espacios para poder compartir sus experiencias y agradecieron la disponibilidad del personal de psicología. A pesar de esto, también percibieron que no era suficiente la atención que reciben, en torno a salud mental, considerando las sesiones que puede brindar el poco personal existente.

“Él trata a veces de levantarme el ánimo, pero hay veces que...que le digo “no, sabes qué me siento mal, quiero estar encerrado en mi cuarto...dormir, cerrar los ojos, no volverlos a abrir nunca jamás” y cosas así.” (PM, Hombre, 27 años, Honduras)

Las mujeres migrantes embarazadas comentaron que, al llegar a México, recibieron atención médica para dar seguimiento a su embarazo. Esa atención no tuvo costo, sin embargo, el costo de los medicamentos, vitaminas y estudios derivados debieron ser cubiertos por las personas, lo que ocasiona dificultades para realizarlos. Una mujer interrumpió su embarazo, el cual fue consecuencia de una agresión sexual, recibió asistencia médica sin costo, sin embargo, no recibió seguimiento médico ni psicológico, tampoco hubo denuncias de su parte frente a fiscalía o alguna instancia similar.

Algunas mujeres migrantes indicaron que usaban inyecciones hormonales anticonceptivas de aplicación mensual, solían acceder a ellas en los albergues en México y su aplicación era gratuita. Hay quienes comentaron que no usaban algún método

anticonceptivo porque no tenían pareja o porque “ya no pueden tener hijos”, entonces no lo consideraban necesario.

La mayoría de la PM entrevistadas relataron no tener síntomas que les hicieran sospechar tener una enfermedad u otras afecciones de índole sexual. Las PM con un diagnóstico de VIH previo, se encontraban recibiendo el tratamiento correspondiente gracias a los servicios de atención públicos, sin mencionar dificultades para continuar con él.

Respuesta institucional ante la movilidad de personas migrantes

Perspectiva de actores claves

Frente a las necesidades de las PM, los AC identificaron respuesta pública y de la sociedad civil, enfocada principalmente en tres rubros: 1) atención a necesidades básicas (como alimentación, comunicación con familiares y hospedaje), 2) asesoría legal sobre su situación migratoria, y, 3) atención a la salud.

1) Atención a las necesidades básicas

Para dar cobertura a las necesidades básicas de las PM, las diversas instituciones presentes en la frontera sur de México consideran acciones para mitigar necesidades con la alimentación, aseo personal, hospedaje. Esto sucede principalmente a través de albergues, por ejemplo, El buen samaritano, La 72, Ejército de salvación, Hospitalidad y solidaridad e instituciones públicas como el Sistema para el desarrollo Integral de la Familia (DIF). Sin embargo, no todos dan atención exclusivamente a población en movilidad ni a cualquier persona que la solicite, pues depende de sus objetivos o naturaleza; algunas de estas instituciones atienden a población mexicana y migrante, otras se enfocan solo a niñez y adolescentes que no están acompañados de una persona tutora, otras a grupos familiares, alguna otra exclusivamente con personas solicitantes de refugio. Asimismo, hay algunas instituciones que brindan asistencia a personas de población en alto riesgo, aunque no todos los albergues tienen estancias consideradas específicamente para esta población.

2) Asesoría legal sobre su situación migratoria

Otro aspecto que reúne esfuerzos institucionales tanto de la sociedad civil como de instituciones públicas tiene que ver con la asesoría legal sobre su situación migratoria. En este sentido existen esfuerzos específicos como el de COMAR, (Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados, órgano desconcentrado de la Secretaría de gobernación) que se encarga de recibir y aprobar las solicitudes de refugio. Al indagar sobre la articulación interinstitucional, diversos AC consideran que no es suficiente la respuesta institucional actual ante la situación migratorias, consideran que pese a los esfuerzos que se han estado

realizando “aún falta” para lograr mayor articulación y responder a las demandas de la situación.

3) Atención a salud

Atención a salud general

Para dar respuesta a las necesidades de salud, los AC identifican diferentes servicios de salud que se encuentran disponibles. En el caso de los servicios de salud públicos en México, refieren que, en Tenosique, Tabasco hay un hospital comunitario en el que dan atención de primer nivel. Este hospital tiene un día de “acción comunitaria” en el que personal de salud sale para dar atención médica. Al momento de las entrevistas, los servicios de salud no contaban con programas específicos para personas migrantes, la oferta para PM es la misma que para población mexicana. También refieren que la existencia de consultorios privados en farmacias llega a ser una alternativa accesible para las PM que cuentan con algún recurso económico.

Los AC mencionan que también existen los servicios de salud de las instituciones de la sociedad civil que dan respuesta a algunas necesidades de salud de las PM:

- Servicios médicos dentro de las instalaciones de los albergues, por personal interno o personal de ONG´s o servicios públicos.
- Médicos Sin Fronteras: brindan servicios médicos y psicológicos. Cuentan con un programa para casos de violencia grave que requieren tratamiento psiquiátrico especializado.
- Cruz Roja Mexicana. Cuentan con unidades móviles con asistencia médica y llamadas telefónicas gratuitas. Colocan sus unidades en puntos estratégicos como sobre la carretera y fuera de instalaciones de albergues u oficinas de migración. Pueden dar muletas, silla de ruedas, prótesis y servicio de ambulancias. Cuentan con medicamentos del cuadro básico y pastillas potabilizadoras de agua.
- ChildFund, cuentan con servicio médico y psicológico
- Comité Internacional de Rescate, brindan atención en salud mental
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), brinda apoyo económico para surtir recetas médicas o realizarse estudios de laboratorio que los servicios médicos soliciten.

De igual manera, mencionan que las PM suelen llevar a cabo prácticas de automedicación, la mayoría de las veces como único recurso

El tema de la automedicación es algo que sucede con mucha frecuencia. Casi que el único recurso que tienen muchas de las personas para poder aliviar los problemas de salud que tienen con los riesgos que eso implica, por supuesto (AC_hombre_36 años_México)

Los AC, identifican que, si bien existen servicios de atención en salud que están trabajando para ampliar la cobertura, también existen barreras que dificultan el acceso a ellos, entre estas identifican:

- Falta de insumos: los servicios de atención públicos reciben recursos (medicamentos e insumos), con base en el número de habitantes de la zona correspondiente, este cálculo no considera a la población migrante por lo que no son suficientes.
- Falta de servicios específicos: en caso de requerir un estudio de laboratorio o ultrasonidos, es frecuente que las personas migrantes requieran asumir el costo económico que representa o buscar el apoyo de alguna organización, esto debido a que los servicios públicos suelen no contar con los equipos necesarios.

En caso de requerir atención de segundo o tercer nivel, las PM (al igual que el resto de las personas) deben viajar incluso más de 3 horas para ir a las instituciones y solicitar consulta, la cual puede tardar hasta 3 meses en ser asignada. En algunos casos las PM deben salir de la entidad donde están realizando sus trámites de refugio, lo que de acuerdo con las políticas de migración actuales no está permitido, esto los pone en riesgo de ser detenidos.

No se cuentan con servicios públicos de atención psiquiátrica, a pesar de ser un servicio que los AC identifican como prioritario.

- Saturación de los servicios: al no contar con programas específicos para personas migrantes, la disponibilidad de citas en los servicios de atención públicos es limitada, esto causa la saturación del proceso de solicitud de fichas para ser atendidos y un aumento en los tiempos de espera.
- Desconocimiento de los servicios y procesos: las mujeres suelen quedarse en los albergues o en el lugar donde pernoctan, por lo que desconocen sobre los servicios de salud públicos, esto debido a que suelen ser los hombres quienes salen a trabajar, esto ocasiona que la atención recibida para ellas y/o para sus hijos, no siempre sea oportuna.
- No tener la Clave Única de Registro de Población (CURP) es una dificultad en ciertos servicios. Las personas que no tramitarán refugio no consideran necesario sacarla y esto puede reducir las opciones de servicios de salud públicos a los que tienen acceso.
- Discriminación: suele haber actitudes de discriminación por parte de los prestadores de servicios, esto ocasiona que la gente no se quiera acercar.

También le quiero comentar que, yo creo que como en todos lados, en todos los países, hay mucho racismo, mucho clasismo que le llaman. Entonces eso también hace que...los entiendo, pues porque a veces hay gente que no las quieren atender y no hablo de nadie en especial, yo creo que esto se ve en

todos lados. Entonces yo creo que cuando nosotros cambiemos esa cultura, pues creo que va a ser diferente el trato (AC_hombre_41 años_México).

Atención a salud sexual y reproductiva

De acuerdo con los AC, para la mayoría de las PM la salud sexual y reproductiva no es una prioridad, esto debido a que las otras necesidades de salud y retos a los que se enfrentan en el trayecto suelen percibirse como con un impacto mayor.

En cuestión de prevención, los AC refieren que, en los hospitales y centros de salud, mientras las PM esperan en las salas de espera, se brinda información sobre prevención de embarazo e ITS.

Por su parte, en el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), las PM pueden acceder a condones y pruebas de VIH y otras ITS. Si en algún otro servicio público o de la sociedad civil se identifica un caso con riesgo, lo refieren a este centro para la realización de pruebas diagnósticas. De igual manera, los CAPASITS trabajan en coordinación con sociedad civil (como La 72 y Club Gay Amazonas) para brindarles insumos para ferias de prevención, a las cuales ellos no asisten por falta de personal.

De igual manera, identifican que las instituciones de la sociedad civil (Médicos sin Fronteras y Cruz Roja, por ejemplo) y albergues, brindan condones de manera gratuita.

También en algunas ocasiones regalan métodos anticonceptivos, como inyecciones, después de una evaluación por parte del personal médico. También brindan pláticas de concientización.

Sin embargo, al referirse específicamente a métodos anticonceptivos para mujeres, los AC refieren que, si bien algunas mujeres salen de su país con inyecciones anticonceptivas, también identifican dificultad para conseguirlas en México, debido principalmente al desconocimiento sobre la posibilidad de adquirirlas de esa manera.

Nosotros tenemos inyecciones de planificación familiar de un, uno o tres meses. Se les explican y también se les dan preservativos a los hombres para que puedan llevar en su camino para que puedan utilizar y llevar en su camino. Eso sí lo, ajá, se les da una charla breve de cómo se debe usar para que también el uso sea efectivo (AC, Hombre, 32 años, México).

Al hablar de atención, los AC identifican que, en el caso de las personas con VIH, es en los CAPASITS donde las PM pueden acceder a un tratamiento antirretroviral de manera gratuita. Sin embargo, comentan que hay personas que no están dispuestas a esperar dos o tres meses para recibirlo, tiempo promedio que tarda el proceso. Esto está relacionado con el hecho de que su necesidad y deseo de continuar su trayecto es mayor a su necesidad sentida de recibir tratamiento. De igual manera, comentan que el tener que contar con la

CURP (que representa realizar un proceso extra), para poder acceder a este servicio, suele ser una dificultad.

En el caso de las mujeres en etapa de embarazo, mencionan que, debido a la saturación y falta de equipo/insumos en los servicios de salud públicos, se les sugiere que se hagan los estudios en una institución privada, para “avanzar”, esto principalmente en los casos urgentes. Comentan que tienen conocimiento de que, en algunos casos, ACNUR les apoya económicamente para poder hacerse los estudios requeridos.

En caso de identificar un caso de violencia sexual, los AC refieren que se aplica el protocolo que llaman “*código morado, kit morado o kit post exposición*” que consiste en atención médica, psicológica, prevención de VIH (profilaxis post exposición (PEP)) y si son mujeres, la píldora del día siguiente para prevenir embarazo. Si la identificación se hizo en alguno de los albergues o instituciones de la sociedad civil que cuentan con atención médica, se canaliza al hospital comunitario más cercano o a CAPASITS para la aplicación del protocolo. Prácticamente todas las atenciones dadas en este sentido son canalizadas por las redes institucionales (Instituciones de la Sociedad Civil/albergues-Servicios públicos de salud), pocos son los casos en los que las PM llegan por su propia cuenta a los servicios de salud, después de una experiencia de violencia sexual. Si bien las situaciones de violencia sexual son principalmente contra las mujeres migrantes, también han sido identificadas agresiones contra personas de población en alto riesgo y hombres heterosexuales. Algunos AC mencionan que durante la realización de consultas médicas con infantes o adolescentes han llegado a identificar posibles casos de violencia sexual.

“[El kit morado] Es un kit que se utiliza con personas que han tenido eventos de violación en las últimas 72 horas. Y una parte de este kit se puede utilizar con personas que han tenido eventos de violación en las últimas 120 horas. Incluye desde anticoncepción de emergencia hasta vacunas para ciertas enfermedades que pueden transmitirse por vía sexual, y otra serie de elementos que ayudan a disminuir al máximo el riesgo de que estas personas puedan desarrollar problemas de salud a raíz del evento que vivieron. (AC, Hombre_36 años_México)

Por último, al hablar de situaciones que colocan a las personas migrantes en un mayor riesgo, los AC mencionan que a pesar de que el sexo transaccional/trabajo sexual no es una práctica identificada como frecuente, sí han observado que las personas migrantes suelen llevar a cabo sexo transaccional/trabajo sexual, principalmente por dos razones: necesidad económica y trata. El uso de aplicaciones de citas, así como bares y “zonas abiertas de tolerancia”, son los principales contextos en los que se da y son las mujeres y población en alto riesgo quienes realizan sexo transaccional/trabajo sexual con mayor frecuencia.

Atención a situaciones de violencias

Los AC mencionan que muchas de las PM que vivieron violencias no lo refieren ni denuncian dado que “no traen papeles”; suelen buscar atención sanitaria una vez que ya tienen situaciones agravadas. En caso de situaciones médicas generadas por eventos violentos de cualquier naturaleza, se les atiende y recomienda que denuncien y/o que vayan a un albergue (por ejemplo, a la 72).

En cuanto a estrategias o acciones para prevenir las violencias, hay AC que consideran que son limitadas las acciones que se llevan a cabo. Las estrategias impulsadas por las OSC principalmente están enfocadas en activar redes institucionales o acciones una vez que la violencia ha acontecido.

4.2.2.2 Guatemala

Contexto

Entre mayo y septiembre de 2023 se entrevistaron 14 personas migrantes que se encontraban en territorio guatemalteco, específicamente en Esquipulas (11 entrevistas) y Guatemala centro (3 entrevistas). En junio y julio de 2023 se realizaron cuatro entrevistas a profesionales con actividades laborales relacionadas con migración (actores clave) en Guatemala, su edad promedio fue de 51 años. Dos de las entrevistas realizadas corresponden a actores que pertenecían a una institución pública y dos a instituciones de la sociedad civil organizada.

Perfil de las personas migrantes

La mayoría de las PM entrevistadas eran mujeres, heterosexuales, solteras (os), de escolaridad básica o media superior. La nacionalidad de la mayoría de PM era venezolana y la edad media de 35 años (*ver tabla 23*).

Tabla 23. Perfil de las personas migrantes entrevistadas en Guatemala

		Guatemala n=14
Edad (años)	Promedio	35
	Edad mínima, edad máxima	(20,49)
Sexo biológico	Hombre	11
	Mujer	3
Orientación sexual	Heterosexual	13
	Hombres de alta prevalencia	1
País de nacimiento	Honduras	3
	Venezuela	11
Escolaridad	Sin escolaridad	1
	Educación básica o media superior	13
Estado civil	Soltero(a)	12
	Unión libre	1
	Casado(a)	1

Pre migración

Perspectiva de personas migrantes

Para la mayoría de las personas entrevistadas, esta no era la primera vez intentando migrar y/o han vivido en otros países, entre estos se encuentran: México, Nicaragua, Colombia, Ecuador y Perú.

Las dificultades económicas en su país (alto costo en productos de primera necesidad, sueldos bajos) son el principal motivo que los llevó a migrar, seguido por situaciones de violencia social y necesidades de atención en salud que no fueron proporcionadas en sus países de origen.

“No sé ni como decirte si fue planificada o no, porque salí por la crisis, un día llegué y no teníamos que comer y dije porque vamos a seguir pasando penurias, nos vamos, pero no sabía que era más riesgoso... pensé que era más riesgoso estar en mi país y resulta que fue más riesgoso salir de mi país.” (PM, Mujer, 33 años, Venezuela)

En la mayoría de los casos, las PM mencionan que su decisión de migrar se concretó tras un evento específico que les hizo reconsiderar la pertinencia de comenzar su trayecto. En algunos casos, amigos cercanos o familia los impulsaron a salir.

Entre las condiciones de salud que las PM indicaron padecer, mencionaron ansiedad desde la adolescencia, asma, insuficiencia cardiaca, tumor en el endometrio, hipertensión, problemas en los riñones, epilepsia, diabetes. Los padecimientos de salud propia o de algún

familiar, también fueron referidas como motivación para salir de su país, no obstante, en dicha decisión permeó temor a lo que pudiera ocurrir en el trayecto por su precedente de salud

“Lo había pensado desde el año pasado [emigrar], pero todavía no decidía, porque tuve temor por mi problema cardíaco al respirar, yo decía, “¿si me quedo en la selva?”, ahí sentí temor. Ya después, nada, me tuve que llenar de fe, de positiva y de valentía, entro y salgo. Me cargaron en la selva me ayudaron muchísimo, pero entré y salí, gracias a Dios (PM, Mujer, 42 años, Venezuela)

En algunos casos han tomado medicamento cuando ha sido necesario (por ejemplo, salbutamol para asma, medicamento para hipertensión), en otros, su país de origen no pudo proveer tratamiento a su condición de salud, por lo que buscaron atención en otros países en los que han vivido; hay quienes viajan o lo han hecho antes, con la expectativa de que al llegar a EUA puedan recibir tratamiento

“Y bueno, espero llegar rápido a Estados Unidos para ver si me opero - ¿De? - Los riñones. - ¿Tienes malo tu riñón? - Sí, me iba a operar en Venezuela, pero me dio mucho miedo y me fui para Colombia. Y ahora, ya me estoy dando cuenta que me está costando mucho para respirar y me duele. Y fui allá porque dicen que le hacen todo a uno y lo operan de una vez. Mi prima me contó, porque a ella la operaron allá.” (PM, Mujer, 35 años, Venezuela)

Todas las mujeres migrantes entrevistadas comentan no estar embarazadas, esta aseveración la realizan considerando, que no han tenido relaciones sexuales, que tuvieron relaciones sexuales previo a su salida, pero ya tuvieron su periodo (menstruación), que están “esterilizadas” (salpingoclasia) o que tiene “el aparato del brazo” (implante hormonal). La mayoría de las PM no se habían realizado pruebas para detección de ITS, VIH, etc., hasta las pruebas realizadas en el marco del proyecto.

En el caso de las personas que viven con VIH, mencionaron desde su diagnóstico han recibido su tratamiento en su país de origen y en donde han residido o movilizado. Una persona reside por temporadas en EUA y regresa recurrentemente a su país de origen, en ambos países le proporcionan tratamiento; otra comentó que al llegar a Guatemala recibió atención en el hospital San Juan de Dios, y ellos le dan seguimiento, no obstante, al momento de la entrevista no estaba tomando medicamento por desabasto de este, según le indicaron.

Respecto al consumo de sustancias, pocas PM mencionan consumir de manera habitual tabaco, algunas mencionan que en sus países de origen consumían alcohol y únicamente una persona menciona haber consumido alcohol durante su trayecto, en una situación de trabajo sexual en donde la otra persona se lo ofreció.

Movimiento hacia Guatemala.

Perspectiva de personas migrantes

Las PM emprendieron su proceso migratorio con pareja o con hijas/os menores de edad. Quienes lo hacen sin compañía, sobre todo si son mujeres, en el camino se agruparon con personas con las que coincidían.

El tiempo que han invertido para realizar la ruta desde su país de origen hasta Guatemala, varía si se detienen en albergues o en algún país para pedir dinero, hay PM gente que al momento de la entrevista estaban viajando por 2 meses.

“Nosotros salimos de Venezuela hace un mes y medio, duramos nada más 20 días en Cúcuta como te dije, tenemos 17 días de travesía, llegando aquí ya a Guatemala, hoy cumplimos 18. Tenemos mes y medio fuera de nuestro país” (PM, Mujer, 35 años, Venezuela)

Para mantenerse en la ruta, además de pedir dinero o recurrir a albergues, algunas personas reciben dinero enviado de familiares, hacen trabajos temporales o comercian productos pequeños como golosinas. Las PM transitan muchos tramos de la ruta a pie, quienes son acompañados por infantes suelen cargarles, por lo que muchas veces otras PM les proporcionan ayuda para este fin. La mayoría de las PM tiene una idea general de la ruta que debe seguir hasta su país destino que es predominantemente Estado Unidos, pero, su plan de ruta lo hacen a muy corto plazo, un lugar próximo a la vez y suelen decidir el camino por lo que saben de los lugares donde otras personas han pasado o según la información que han obtenido al preguntar.

La ruta de las personas que vienen de Suramérica, como es el caso de las personas de Venezuela/Ecuador, suele implicar el paso por Colombia, Panamá, Costa Rica, Nicaragua, Honduras, Guatemala. Entre Colombia y Panamá hacen el cruce por la selva del Darién, este cruce ha sido referido por muchas PM como uno de los momentos con más y mayores desafíos en su trayecto; las condiciones propias de la selva y/o ver personas muertas en el paso por esta, genera en las PM pensamientos de arrepentimiento por haber emprendido el viaje y/o constante terror, por lo que recurren a creencias religiosas y rezos, esperando que ellos disminuyan los riesgos.

“Y ahí empezó a llegar la gente, y llegaron con grabaciones y fotos. Que habían encontrado un muerto en el río. Prensado por las piedras porque el río estaba muy seco. Y se quedaron prensados en las piedras. Y ahí fue donde empezamos a agarrar cuenta de que venían cosas peores. El río se llevó 40 personas.” (PM, Mujer, 30 años, Venezuela)

“Yo entré a la selva tan activa y esa selva... yo no pasé por la selva, la selva pasó por mí. Muchacha, me bateó durísimo esa selva. Te puedes imaginar hasta que tu vida allá dentro esté... Es muy fuerte. Piensas que vas a enloquecer. Tengo unas cicatrices fuertes en mi corazón porque yo dije “No voy a volver a ver a mi familia” (PM, Mujer, 49 años, Venezuela)

Otra dificultad ampliamente señalada por las PM, alude a las violencias vividas en el trayecto hasta Guatemala. Las expresiones de violencia más referidos son coerción, robos, golpes, asaltos a mano armada, secuestros temporales en la selva, violaciones sexuales directas e indirectas (presenciadas):

“Y vinimos y nos pusieron de cabeza para abajo. Vinieron después y se pusieron a revisar todos los bolsos. Y eso hicieron, un desorden de bolsos, todo. Se robaron todo, todo, todo. De ahí, antes de eso, se subieron unos... venían unos desgraciados. ¿Sabes lo que hicieron? Venían y le metían debajo a uno.” (PM, Mujer, 20 años, Venezuela)

“Pues, nosotros íbamos caminando cuando me salieron como unos guajiros y me sacaron un cuchillo y me dijeron que, ¿“Que tenía?”, que me quitara la ropa y yo le dije que “No”, porque iba con mis niñas y de paso que yo no iba a querer que ellas vieran eso, automáticamente cuando yo me niego ellos me golpean y me golpean fuerte. Incluso como te digo, estoy padeciendo de muchos dolores de cabeza, porque me dieron patadas en la cabeza, por aquí por las costillas y ellos me dijeron que, como yo no quería quitarme la ropa ni nada, me quitaron todo, lo único que salvé sin decirte mentiras, porque traía unas medias grandes y unas botas caucheras, el teléfono que me lo metí aquí y la cédula que siempre la meto aquí, que fue lo único que se me salvó del resto, mis hijas y yo quedamos sin nada” (PM, Mujer, 37 años, Venezuela)

En este sentido, algunas PM narran el miedo que les genera saber que tendrán que pasar por México, debido a lo que otras personas dicen, sobre la existencia de mucha violencia y lo que pueden esperar de las condiciones del camino:

“Me da miedo llegar a México. Y él me dice ¿Por qué? “Yo no sé” son tantas cosas que me dan miedo, porque dicen que en México hay mucha gente mala, y me da miedo, porque él me dice que vamos a pasar por el tren. Tenemos que pasar por el tren, nos vamos a meter por el tren. Y pues ya le digo, bueno, a la bendición de Dios, que sea lo que Dios quiera.” (PM, Mujer, 30 años, Venezuela)

Respecto a las necesidades de salud-enfermedad de las PM durante el tránsito hacia Guatemala, estuvieron relacionadas por un lado malestares generados en el transito como

gripe, bronquitis, fiebre, infección en oído, malestar estomacal, amebiasis, diarreas, estas últimas vinculadas al consumo de alimentos y agua no potable. Deshidratación, problemas en articulaciones, desmayos, cortaduras. Además, de necesidades de atención psicológica, para atender miedos y estrés por las situaciones presenciadas en el trayecto.

“Todo el que sale de la ONU [campamento que está afuera del Darién] sale con vómitos, fiebre, diarrea, malestar, de todo. Sale de ahí como que si no está bien. No sé si es el agua, es la comida, yo no sé qué pasa ahí, pero uno sale escoñetado [dañado] del estómago. Perdóname la palabra. Uno sale mal, mal, muriéndose en vida.” (PM, Mujer, 33 años, Venezuela)

Respecto a salud sexual y reproductiva, algunas PM tuvieron que realizar sexo transaccional, por necesidad, dadas las condiciones en las que se movilizan, en algunos casos fue a cambio de casa y alimentación por una o dos noches. Quienes tuvieron prácticas sexuales, hicieron uso de preservativo salvo quienes tenían pareja que consideran “estable” o esposo/a, no usaron. Consideran que el acceso al preservativo fue fácil. En cuanto a salud e higiene menstrual, refieren falta de insumos menstruales, pero lo arreglan pidiendo a alguna otra mujer y eso nunca se lo niegan.

Ante las necesidades de salud-enfermedad, las PM buscaron atención médica, ya sea para hospitalización o recibir medicamentos. La atención recibida fue por parte de servicios públicos y ONG’ s (Cruz Roja, ONU, Médicos Sin Fronteras) que se encuentran en los territorios transitados. Para cubrir necesidades de alimentación, las PM acudieron, además, a refugios y/o iglesias que se encuentran en su paso.

Un desafío al que se enfrentaron para recibir **atención**, sobre todo en servicios públicos de salud, está relacionado con su estatus migratorio, debido a la ausencia de documentación personal, los procesos para ser atendido fueron más complicados y en ocasiones permeados por actitudes discriminatorias.

“De que tenía que tener papeles, que no podían atenderme, hasta que se presentó alguien de ahí, un señor, un médico, creo que es el director del hospital, que me dijo: no es de aquí, pero es humano. Yo en realidad no sentía mucha respiración y en el momento no podía hablar.” (PM, Hombre, 40 años, Honduras)

Además, las PM realizaron medidas de autoatención, para proteger su condición de salud-enfermedad; entre estas indicaron traer los medicamentos y remedios que usualmente utilizan y que traían desde su país, tomar acciones de higiene y cuidado personal como bañarse, o autoexploraciones para detectar anomalías corporales. Además, tener fe, pensamientos positivos y enfocarse en la familia les ayuda a mantener la motivación en su tránsito.

Respuesta institucional ante la movilidad de personas migrantes

Perspectiva de actores claves

Frente a las necesidades de las PM, los AC identificaron respuesta pública y de la sociedad civil, enfocada principalmente en dos rubros: 1) atención a necesidades básicas y legales (como alimentación, comunicación con familiares y hospedaje) y, 3) atención a la salud.

1) Atención a las necesidades básicas y legales

Frente a las necesidades de las PM, los AC identificaron esfuerzos por parte del Estado guatemalteco y ONG's para responder. En lo que concierne al Estado, brinda asistencia para solicitar refugio, sin embargo, no hay seguimiento, por ejemplo, para inserción local, en el caso de las PM que deseen quedarse. Asimismo, el Instituto Guatemalteco de Inmigración recoge información sociodemográfica sobre las PM, sin embargo, esa información no es pública.

Sobre la respuesta por parte de ONG's, las PM pueden acceder a servicios como hospedaje y asistencia legal en casas de migrantes o directamente en espacios de Asociaciones civiles, algunas de las cuales son puntos de referencia para organizaciones que brindan asistencia humanitaria.

Aunado a esto, señalaron esfuerzos para vincularse Estado-Sociedad Civil para responder a las necesidades de las PM, no obstante, no son suficientes. AC indican que es necesario tomar medidas regionales, ya que al ser un problema complejo se requieren estrategias integrales, pues difícilmente un país podrá responder de manera particular ante el fenómeno.

“Digamos que fueron víctimas de agresiones físicas, otras agresiones sexuales y otras personas que, que ya estando aquí en Guatemala por estar en contexto de movilidad también sufrieron violencia. Entonces nosotros [ONG] les pedimos, hacemos acercamiento a los centros de salud, también trabajamos en coordinación con Cruz Roja para que puedan brindarles asistencia médica y algunos medicamentos.” (AC, Hombre, 30 años, Guatemala)

Otro aspecto para considerar es que, a pesar de existir algunos servicios de asistencia a PM, los AC mencionan que las PM no tienen conocimiento sobre su existencia, es por eso que identifican como prioritaria la socialización de esta información.

2) Atención a salud

Atención a salud general

Respecto a la Atención en salud para PM en Guatemala, las PM tienen derecho a recibir atención en salud, sin embargo, en caso de requerirla tienen que trasladarse a algún hospital o centro de atención y seguir el mismo proceso que los nacionales, causando esto que los tiempos de atención sean largos.

La ausencia de programas de salud específicos para PM, insuficiencia de recursos y servicios, por ejemplo, no se cuenta con programa de salud mental en el país, afectan a nacionales y personas en tránsito. Aunado a esto, la ausencia de documentación migratoria, se ha traducido, en algunos casos en la negación de los servicios, pese a que es un derecho, por lo que ante una necesidad en salud, algunas PM optan por no atenderse en su trayecto en Guatemala y optan por esperar a llegar a México, donde han escuchado que es más fácil recibir asistencia en forma.

“Sí, definitivamente. Dentro de los lineamientos que están en las normas está el tema de la discriminación. Nosotros tenemos un lineamiento que dice que se debe brindar atención en salud a todas las personas independientemente de su condición migratoria, independientemente de no tener documentos de identificación, independientemente del color, de raza, de idioma, todo eso. O sea, no hay ningún problema para, para que se brinde atención. (AC, Hombre, 56 años, Guatemala)

Las personas que sí buscan servicios para atención a su salud-enfermedad, suelen hacerlo una vez que han vivido alguna situación que les dificulta seguir su trayecto. Esta atención es recibida en casas de migrantes, farmacias privadas con consultorio médico, centros de salud públicos y ONG's como Cruz Roja, Médicos Sin Fronteras, Médicos por el mundo.

Atención a salud sexual y reproductiva

En el país, existen algunas estrategias para atender necesidades específicas sobre todo en torno a salud sexual y reproductiva para la población nacional y, por tanto, aplicables a las PM:

- Las Unidades de Atención Integral (UAI) en VIH/SIDA, para las personas que viven con VIH o las que vivieron violencia sexual. Hay 22 en Guatemala, muchas de ellas ubicadas en lugar de tránsito; posiblemente no hay suficientes dosis de medicamentos considerando la cantidad de personas que podrían necesitarlo, sin embargo, muchas de las PM no saben de su existencia o personas con un diagnóstico de VIH, ingresan al país con sus medicamentos correspondientes.

- El Modelo de Atención Integral. Las víctimas de trata y de violencia sexual son poblaciones consideradas de una manera especial en el Ministerio Público. Sin embargo, se han observado casos de criminalización de PM, por parte de autoridades del país. Esto refleja que, a pesar de existir un Modelo y proceso correspondiente, es necesario continuar con su mejora.

“El Modelo de Atención Integral tiene un componente fuerte de este tipo ¿verdad? Y sí, sí las atienden y la y las víctimas de trata y de violencia sexual son poblaciones consideradas de una manera especial en el Ministerio Público. No sé si logramos todo lo que queremos en eso, pero existe ese proceso. ¿Sí?” (AC, Mujer, 63 años, Guatemala)

- Algunas asociaciones civiles dan kits de prevención con condones, lubricantes e información. La pastilla del día siguiente, por política pública, no se brinda, a menos de que haya sido víctima de violación sexual.
- Con relación a las pruebas diagnósticas, solo identifican un centro de salud público que tiene un enfoque de enfermedades de transmisión sexual, y se encuentra en el centro, por lo que es complejo que las PM lleguen a asistir a solicitar una prueba de VIH u otra ITS. Algunas asociaciones pueden llegar a tener pruebas que han sido donadas.

4.2.2.3 Honduras

Contexto

En marzo de 2023, se entrevistaron a 15 personas migrantes que se encontraban en territorio hondureño. Las entrevistas se realizaron en la frontera Las Manos (frontera con Nicaragua). En Honduras no se realizaron entrevistas a actores clave.

Perfil de las personas migrantes

Todas las PM participantes eran de Venezuela; la mayoría hombres y tenían educación media superior. Aunque igual la mayoría reportaba tener hijos, menos de la mitad estaba en una relación al momento de la entrevista. La edad media era de 30 años (ver tabla 24).

Tabla 24. Perfil de las personas migrantes entrevistadas en Honduras

		Honduras n=15
Edad (años)	Promedio	30
	Edad mínima, edad máxima	(18,40)
Sexo biológico	Hombre	11
	Mujer	4
Hijos	Sí	11
	No	4
País de nacimiento	Venezuela	15
Escolaridad	Educación básica o media superior	14
	Educación superior	1
Estado civil	Soltero(a)	11
	Unión libre	3
	Casado(a)	1

Pre migración

Antes de iniciar este trayecto, la mayoría de las PM habían emigrado hace varios años de Venezuela, para reubicarse en otro país de Sudamérica, principalmente en Colombia, aunque también en Ecuador, Perú o Chile. En general, habían vivido entre dos y cinco años en estos países antes de empezar este trayecto migratorio. Entre las principales ocupaciones en su país de salida refirieron: vendedor, estudiante, carnicero, estilista, minero, soldador, cocinero y barbero.

La mayoría de las PM señalaron que decidieron migrar a causa de los problemas económicos y políticos en el país de procedencia. Mencionaron vivir una situación insostenible para costear su comida y vivienda debido a la escasez de oportunidades laborales y a empleos con bajos salarios.

“La situación política, me estaba buscando, me estaba amenazando entonces me tocó irme a Colombia y pensé que estaba bien allá en Colombia y cuando de repente escuché decir que me estaban volviendo a buscar de la política; amenazándome que si no pagaba me mataban entonces me tocó migrar, durante 6 años pensé que estaba feliz y todo eso entonces me dio miedo me dio nervio y le dije a mi familia que triste y lamentablemente me tenía que ir exactamente, no a Estados Unidos podría ser cualquier país, pero usted sabe que todo el mundo está dirigiéndose a Estados Unidos por lo que puede conseguir uno más futuro entonces a ese voy. Con la ayuda de Dios llegar allá.” (PM, Hombre, 30 años, Venezuela)

Entre las enfermedades con diagnóstico médico que refieren las PM, se encuentra urticaria, asma, pielonefritis. Todas estas personas recibían tratamiento médico. De igual manera, una persona mencionó tener diagnóstico de VIH y sarcoma de Kaposi (SK) y estar en tratamiento desde su país de salida: su principal motivo de migración fue la búsqueda de atención médica en EUA para el tratamiento de cáncer de piel. Ademan, una PM refirió percepción de taquicardias.

Respecto a las condiciones de la salud sexual y reproductiva de las PM, se identificaron algunos casos de mujeres embarazadas. El uso de anticonceptivos femeninos es frecuente entre las mujeres migrantes, entre los más usados están la inyección anticonceptiva trimestral, anticonceptivos orales, implantes hormonales y dispositivos. El uso reportado del preservativo masculino fue variable y los que no lo usaron lo atribuyeron a la estabilidad o confianza que tuvieron con su pareja, o al uso de alcohol durante las relaciones sexuales.

“Lo hice así sin [preservativo] y me infecté de sífilis, pero eso fue hace ya como cinco meses... estaba borracho y pasó lo que no tenía que pasar. Y me imagino que ahí fue que me infecté de sífilis. Y ya tuve que tomar mi tratamiento para eso y ya estoy sano.” (PM, Mujer, 21 años, Venezuela)

A pesar de que el sexo transaccional/trabajo sexual en el país de salida no fue frecuente, sí se reportó como fuente de ingreso para poder seguir con su trayecto migratorio.

La mayoría de las PM no se habían realizado previamente pruebas de detección de ITS, indicaron su alto costo en el país de salida como una barrera para su acceso. En los casos en los que sí se las habían realizado al menos en una ocasión, los principales motivos para su realización fueron estudios preoperatorios, la participación en jornadas de salud y por iniciativa propia.

Movimiento hacia Honduras

Todas las PM entrevistadas realizaron su recorrido caminando y en algunos tramos por lancha. Respecto al país de destino, la mayoría se dirige hacia Estados Unidos o México y hasta el momento de la entrevista, la duración total de su trayecto varió desde 10 días hasta más de un mes, según las condiciones.

La mayoría de las PM realizaron los trayectos en compañía de una o más personas, esto les permitió sentir mayor seguridad y apoyo en el trayecto.

“El otro muchacho lo conocí en la selva. Una de las personas que estaban ahí que tuvimos que dar dinero para que saliera porque tampoco cargaba dinero. Y de ahí pa´cá hemos compartido cama, hemos compartido comida, hemos sido como hermanos prácticamente. Si él no tiene, yo tengo, así sucesivamente.” (PM, Hombre, 29 años, Venezuela)

“Los incorporamos ahorita porque andaban solos y, como son venezolanos, son paisanos de nosotros. Tenemos que brindarnos entre todos la ayuda” (PM, Hombre, 31 años, Venezuela)

El trayecto por el Darién fue destacado por las PM como el más difícil de su recorrido. En primer lugar, explicaron que mafias locales controlaron el ingreso a la selva y/o el uso de las lanchas, además, las tarifas que cobraron resultaron excesivamente elevadas para las condiciones económicas de la mayoría de las PM.

Frecuentemente las PM no tuvieron suficiente dinero para pagar por transporte, por lo que tuvieron que recurrir a intercambiar otros bienes (como teléfonos), obtener transferencias bancarias de parientes, suplicar o comprobar que entregaban una cantidad menor a la cuota establecida por ‘coyotes/guías’ debido a su falta de recursos.

A medida en que se adentraron en la selva, las mafias locales a quienes tenían como guías las PM, dejaron de acompañarlas por lo que se vieron obligadas a seguir su camino sin su ayuda. A partir de ese momento, sus dificultades incrementaron.

“Cuando ya empezamos la selva ahí ya tocó lo rudo porque ya me había quedado sin dinero porque en Colombia tuve que gastar mucho dinero en pasaje tuve que darles a las personas que te pasan en la selva porque eso es una mafia” (PM, Hombre, 28 años, Venezuela)

En el Darién ocurrieron la mayor parte de las violencias relatadas. Las más señaladas fueron robos, extorsiones y asesinatos. Además, algunas PM presenciaron y vivieron directamente casos de violaciones o agresiones sexuales y otras escucharon relatos al respecto. Las víctimas fueron principalmente mujeres y en ocasiones, hombres y menores de edad.

“Yo lo único que les dije fue que a la niña no me la tocan, que hicieran lo que quisieran, pero a la niña no la vieran y así fue, ellos me dijeron que mientras yo no gritara o no intentara hacer otra cosa, ellos no se llevaban a la niña. Cuando terminaron de hacer lo que quisieron, porque duraron como 2 horas, fue mucho, fue muchísimo, yo quedé ahí tirada en el piso toda llena de sangre y me dejaron a la niña a un lado. La niña estaba dormida y yo como pude con las toallitas húmedas me empecé a limpiar para no levantar a la niña así, y de ahí amaneció, me quedé ahí esperé a que amaneciera y de ahí salí. Estaba muy lejos del centro, caminé muchísimo, muchísimo y si se me acercaban carros que no que yo te llevo y la verdad que no, no quería volver a pasar otra vez por lo mismo.” (PM, Hombre, 18 años, Venezuela)

“Tú podrás estar muriéndote ahí [en el Darién] y van pasando millones y millones de personas... Y nadie tiene ¿sí me entiende? la valentía de pararse

y ayudar a esa persona. ¿Sí me entiende? O sea, cada emigrante va, es por su vida. Cada quien va guerreando por su vida. Puede ver que se está ahogando y nadie se mete.” (PM, Mujer, 27 años, Venezuela)

Las extorsiones fueron denunciadas con especial vehemencia: quienes no pagaron las cuotas de las mafias locales fueron presionados mediante amenazas de violencia, encierros y cateos. Quede acuerdo a lo relatado, tener dinero para poder pagar, les protege, así como la buena suerte y Dios.

Tras cruzar la selva del Darién (que toma entre 2 y 7 días), las PM llegaron a los campamentos al sur de Panamá. Algunas PM manifestaron opiniones positivas sobre estos campamentos, como el buen trato de agentes migratorios, quienes no las discriminaron, las defendieron y las ayudaron. Sin embargo, también algunas PM tuvieron comentarios negativos, particularmente por el trato autoritario, sin empatía y con carácter punitivo recibido por parte de agentes migratorios. Algunos lo percibieron como un encierro (por la demora para partir y la imposibilidad de ir a otros lugares), y otros como un apoyo. Para salir de área, utilizaron autobuses, al respecto algunas PM explicaron que las largas filas de espera por la falta de autobuses disponibles, tiene como resultado viajar inseguros en los pasillos o pagando una cuota adicional para evitar la fila. Además, un par de PM reportó que escucharon de unidades que se accidentaron por falta de mantenimiento, resultando en muertes de PM.

Después de Panamá, las PM atravesaron Nicaragua y Costa Rica. Varias PM compartieron también experiencias de violencia en otros países que habían cruzado incluyendo maltrato ejercido por oficiales fronterizos, guardias migratorios o grupos militares: gritos, desatención, empujones, uso de gas pimienta y secuestro, entre otros.

“Si en el camino los coyotes nos maltrataron, nos quitaron la ropa porque no teníamos con que pasar, nos maltrataron mucho, algunos nos cachetearon porque no compraban.” (PM, Hombre, 28 años, Venezuela)

“Ya llevamos 2 días sin saber de nuestro compañero [después de ser retenido por un grupo militar en Nicaragua]” (PM, Hombre, 31 años, Venezuela)

“Hubieron unos venezolanos que se pelearon y se dieron unas puñaladas... Fui a traer un policía... y me dijo, ‘Cuando se maten, los pasamos a enfermería’” (PM, Hombre, 30 años, Venezuela)

Por tanta violencia surgieron estrategias de afrontamiento, que incluyeron la privación del sueño para mantenerse alerta y vigilar durante la noche, no defenderse en el momento de la violencia para evitar represalias y la decisión de no denunciar los abusos experimentados en el trayecto para no ser deportados.

“Por miedo de deportación no quisimos llevar ese tema a otro término [denunciar un asalto]” (PM, Hombre, 31 años, Venezuela)

Con relación a la atención de las enfermedades diagnosticadas en su país de salida, las PM mencionaron no haber tenido obstáculos para conseguir sus medicamentos y continuar con su tratamiento. En contraste, un hombre migrante que vive con VIH, quien había iniciado su trayecto con antirretrovirales para tres meses, tuvo conflictos con otro grupo de PM y sospecha que fueron ellos quienes se lo robaron su tratamiento correspondiente a un mes, resultando en que, al momento de la entrevista, sintiera preocupación sobre cómo podría tener acceso para continuar su tratamiento.

Dentro de los padecimientos físicos referidos por las PM, ya sea por experiencia directa o indirecta, destacaron los cuadros diarreicos acompañados de fiebre, vómito y deshidratación, en la mayoría de los casos los relacionaron con beber agua directamente del río o con el consumo de agua en albergues y en un campamento. También mencionaron enfermedades respiratorias, torceduras y lesiones con objetos punzocortantes utilizados para caminar por tramos con maleza.

“Me encontré con una persona mayor de edad tenía los dos tobillos partidos y estaba solo” (PM, Hombre, 31 años, Venezuela)

“En los refugios que le dan a uno la comida dañada; bueno, el agua es del mismo río” (PM, Hombre, 40 años, Venezuela)

La hostilidad del ambiente, en particular en el Darién, repercutió en su salud de las PM ya que pasaron hambre, sed y deshidratación por insumos insuficientes; además, mencionaron debilidad, cansancio y desmayos; y afectaciones físicas como heridas, quemaduras solares y dolor e inflamación en pies. Ciertas PM perdieron el hambre o sueño por afecciones emocionales como estrés y miedo.

“Duramos tres días [en cruzar el Darién], pero demasiado fuerte: personas con el pie roto, personas que se caían de las montañas... los niños enfermos; se cortaban los pies; un mono le partió la cabeza a un niño.” (PM, Hombre, 28 años, Venezuela)

“Duré prácticamente tres días con diarrea no duré 3 días en la selva, pero sí, tres días con diarrea y eso es beneficio del agua de río entonces podría pasar mayor cosa, pero gracias a Dios no porque estaba tomando medicamento entonces lo recomendable es no tomar agua de río jamás porque así como las personas estaban muertas en medio del río descompuesta, esa agua viene contaminada y no sabemos de dónde” (PM, Hombre, 30 años, Venezuela).

“En el Darién eso fue lo peor de la vida. Los dos pies se hacen inflamados. Las dos rodillas, o sea, súper fuerte se me inflamaron. O sea, que yo venía casi que arrastrando. Bueno, OK, no tanto de eso. Mi amiga era la que llevaba la comida y parte

del dinero. Bueno, mi amiga se perdió, yo más nunca supe de ella. OK, nosotros nos quedamos sin comida.” (PM, Mujer, 27 años, Venezuela)

Ante malestar y enfermedad, las PM mencionaron que asistieron a consultorios de farmacias médicas, servicios médicos de refugios y de ONGs. En esos casos, las PM reportaron que la atención médica ha sido gratuita, a excepción de aquella recibida en farmacias.

En cuanto a las condiciones de salud mental, refirieron el malestar emocional recurrente relacionado con encontrar personas muertas en el trayecto (por ej. fallecidas por caídas o suicidio por medio de ahorcamiento). Estas experiencias generaron un impacto traumático, desencadenando emociones intensas como terror y desesperación. Además, constantemente sentían la preocupación de estar desprotegidos debido a la presencia de guerrillas, mafias y soldados en la selva.

Quienes obtuvieron atención psicológica por parte de esta organización humanitaria internacional, reportaron alto grado de satisfacción con el servicio recibido.

“Esa gente de la ONG fue maravilloso. Me pusieron un psicólogo. Hablé con calma porque yo en el momento estaba como desesperado” (PM, Hombre, 29 años, Venezuela)

Pocas PM declararon haber sido sexualmente activas durante el trayecto, en la mayoría de las ocasiones con uso de preservativo. De acuerdo con lo mencionado, las dificultades del tránsito no crean un ambiente propicio para tener relaciones sexuales.

Durante todo su trayecto, las estrategias más frecuentes para solventar gastos fueron pedir dinero y comida, así como solicitar envíos de dinero a parientes, búsqueda de trabajos informales y solicitud de donaciones (pedir dinero en la calle).

“He bajado mi autoestima, he pedido dinero, le he llorado a la gente. Si todo lo que hace una persona que no tiene dinero en este momento en el viaje y eso, pedir, pedir y pedir.” (PM, Hombre, 22 años, Venezuela)

Por último, como facilitadores de su trayecto en general ubicaron su creencia en Dios, el mencionado apoyo entre PM y también la ayuda proveniente de personas locales.

4.2.2.4. El Salvador

Perfil de actores clave

Participaron 3 actores clave de El Salvador, con edad promedio de 53 años, todos pertenecientes al sector público, con experiencia en temas migratorios, desde el ámbito de la salud, seguridad de las personas migrantes e investigación. En El Salvador no se realizaron entrevistas a personas migrantes.

Pre migración

De acuerdo con los AC, las PM que transitan por El Salvador pueden categorizarse en tres grupos: aquellas personas que llegan a El Salvador con el objetivo de trabajar de manera temporal, aquellas personas de El Salvador que han sido deportadas de México o Estados Unidos y aquellas (provenientes de otros países del continente o extracontinentales que se dirigen a México o Estados Unidos).

Con relación a las PM extranjeras que se dirigen hacia el norte del continente, provienen principalmente de Haití, Venezuela, Colombia y Ecuador. En estos casos, entre los principales motivos que los llevaron a migrar se encuentra la pobreza, violencia (pandillas) y falta de atención en salud que se vive en los países de origen.

Movimiento hacia El Salvador

El grupo de PM que tienen por objetivo llegar a México o EUA, ingresa al país vía terrestre o vía aérea (desde Colombia, principalmente) y en los últimos años han identificado un aumento en el número de mujeres, niños y niñas que transitan estas rutas. Una vez dentro del país, las PM que ingresan vía aérea, suelen movilizarse por la carretera litoral en distintos tipos de transporte, microbús o transporte público, taxi o aplicaciones (tipo uber, InDrive, etc) y pasan “desapercibidos” (los AC comentan que es difícil diferenciar entre una persona turista y una PM).

Los AC refirieron que las PM que llegan de Sudamérica vía terrestre, entran por El Darién, llegan a Panamá, pasan por Costa Rica y Nicaragua, a partir de ahí siguen por Honduras o por El Salvador.

Entre los retos que enfrentan las PM al transitar por El Salvador se encuentra principalmente el no contar con pasaporte, ya que, aunque no es necesario contar con visa para transitar por El Salvador, sí es necesario contar con un pasaporte vigente para evitar ser detenidos.

“A veces ellos tienen necesidades de asistencia legal. Entonces, muchas veces estos están un poco limitados, ya que, por lo mismo, o sea, como la ruta casi siempre es bastante express. No, no siempre se les puede dar como toda la asistencia legal que lo necesitan por el corto tiempo que permanecen en el territorio.” (AC, Mujer, 33 años, El Salvador)

Debido a que el tránsito por el país suele ser relativamente rápido (incluso puede ser en horas), los AC no identifican que en El Salvador existan refugios, en caso de que las PM requieran pernoctar, por lo que, en caso necesario, tendrían que pagar su hospedaje.

Entonces es bien común que, por ser el país muy pequeño, el flujo es constante. Entonces las áreas de pernocta o de resguardo son muy limitadas. Y generalmente estas personas, por las actividades de las redes sociales, de

las plataformas de búsqueda, encuentran hoteles pequeños que cumplen con muy buenas situaciones de encontrarse en la ruta. Antes aquí había un hotel que era bien. [...] Todos sabíamos, todos, todos sabíamos que la gente que estaba en ese hotel eran migrantes, pero nadie decía nada porque como estaban de turismo. (AC, Hombre, El Salvador)

Respuesta institucional ante la movilidad de personas migrantes

Frente a las necesidades de las PM, los AC identificaron respuesta pública y de la sociedad civil, enfocada principalmente en la atención a la salud de las PM.

Atención a salud

Atención a salud general

Las necesidades de las PM que se dirigen hacia el norte del continente cambian según el tiempo que llevan de trayecto; conforme más tiempo ha pasado desde la salida de su lugar de origen, incrementan las necesidades de atención de enfermedades preexistentes, en la mayoría de los casos.

“La Organización Internacional de las Migraciones manifiesta el síndrome del migrante agotado porque no es el mismo el migrante que viene brincando ¿verdad? de frontera en frontera y que tiene que venir y toparse con el tapón del Darién ahí en Panamá y que luego tiene que pasar todo Panamá y luego tiene que enfrentarse a la entrada a Costa Rica, Costa Rica tiene ciertas limitaciones de paso, también con Nicaragua, Nicaragua que es excesivamente grande ¿verdad? Y que el viaje es sumamente agotador y luego tiene que pasar por Honduras y meterse por el lado, por el lado de Honduras o meterse por El Salvador. Generalmente, la gente, cuando hacen esa ruta, prefiere El Salvador porque es más corto el recorrido, porque de frontera a frontera son 6 horas prácticamente. (AC, Hombre, El Salvador)

Como parte de las acciones de los servicios de salud públicos, se refieren “kits preventivos” para quienes están en tránsito, los cuales contienen medicamentos básicos, preservativos, crema para hongos, sales hidratantes, entre otros.

“Ellos tienen que llevar los kits de medicina básicos ¿verdad? Que son Acetaminophen, algo para tos, crema para los hongos, pastillas para el dolor de cabeza, sales de rehidratación oral. Nosotros les manifestamos que también lleven condones para poderlos ofertar con su pareja eventual o prácticamente imposible negociarlo si el proceso va a ser una violación

¿verdad?, pero aquí está el condón ¿verdad?, que lo digo” (AC, Hombre, El Salvador)

De acuerdo con los AC, las necesidades de atención a malestares de salud mental representan una prioridad desatendida. Las dificultades vividas durante su trayecto, así como las circunstancias en las que salieron de sus países, lleva a las PM a experimentar malestar emocional, descrito por los AC como un “duelo por lo que dejaron”. De igual manera, las lesiones causadas por caídas o golpes representan una solicitud constante de atención, junto con deshidratación, enfermedades gastrointestinales, fiebre, gripe, problemas dermatológicos o alergias. La presencia de estos tipos de malestares, físicos y mentales hace que las PM se sientan agotadas.

En el caso de algunas personas con diagnóstico previo de una enfermedad crónica (como hipertensión), los AC han identificado que traen consigo medicamentos que les permite realizar su trayecto por El Salvador, sin inconvenientes.

Cabe resaltar que, de acuerdo con los AC, las PM únicamente buscan atención en salud cuando su malestar o lesión es grave o les imposibilita continuar con su trayecto. Al momento de la entrevista, los AC identificaron una red de hospitales públicos y oficinas sanitarias internacionales en los bordes fronterizos. De igual manera, identificaron la Unidad de Salud de Cara Sucia (perteneciente a la red de servicios de salud públicos) como un lugar en el norte del país (cerca de la frontera con Guatemala y el pacífico) donde las PM solicitan servicios de salud. También mencionan los dispensarios de iglesias católicas y organizaciones como Cáritas, Médicos por el Mundo, Cruz Roja y Médicos Sin Fronteras con instituciones que pueden brindar atención puntual en caso necesario.

A pesar de existir sitios donde pueden recibir atención, los AC han identificado que las PM no siempre acuden a ellos, esto principalmente por el miedo de ser denunciados y deportados a sus países. El miedo y la desinformación sobre el funcionamiento del sistema, así como sus derechos, representa una limitante para buscar la atención requerida.

¿Las principales dificultades? Bueno que el acceso a la salud. Muchas veces ellos por miedo o por temor a que los puedan denunciar, ellos no asisten a las, a las clínicas y posiblemente se les dé lacados o necesiten alguna otra medicina. Las mujeres necesiten alguna inyección, ¿no? no sé, algo depende de qué país venga también, alguien de Suramérica y viene del Salvador, ya tiene su ratito caminando. Entonces quizás ese acceso, el miedo de las personas o la desinformación que genera, considero que es una limitante para ellos. ¿Qué otro? No tener, igual un albergue seguro donde ellos poder descansar al llegar o pedir alguna ayuda humanitaria. (AC, Mujer, 33 años, El Salvador)

Los AC mencionan que, aun existiendo servicios de salud gratuitos, éstos no son suficientes en cuanto a cantidad y especialización dirigida a las necesidades específicas de

esta población; por ejemplo, resaltan la importancia de brindar mayor atención a infantes migrantes, debido al aumento en esta población.

Atención a salud sexual y reproductiva

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, los AC mencionan que las PM mujeres los utilizan previendo evitar embarazos producto de posibles situaciones de violencia. Los AC refirieron que, en El Salvador, las personas que se dedican al tráfico de personas (“coyotes”) suelen pedirles a las mujeres que se les aplique una inyección anticonceptiva con efecto durante 3 meses, para evitar embarazos, incluso refieren a ella como inyección “anti-México”, entendiendo con ello que es altamente probable algún tipo de contacto sexual en el trayecto hacia EUA. Dicha inyección anticonceptiva suelen aplicarla en los servicios públicos de salud del país, de manera gratuita.

“De verdad no quiero, no quiero sonar feo, pero eso es la, la realidad de mi país y de, del recorrido. ¿Usted sabe cuál es la inyección anti-México? ¿No? ¿No sabe cuál es la inyección anti-México? Para que un coyote la traslate a usted, usted tiene que haberse inyectado el método de planificación de tres meses.” (AC, Hombre, El Salvador)

También, en los servicios públicos de salud del país son proveídas pruebas para ITS y VIH de manera gratuita para quien lo desee, incluyendo PM. Asimismo, los AC identificaron que en los servicios de salud no hay capacidad para atender situaciones específicas de hombres de muy alta prevalencia.

“En toda la red de salud salvadoreña la prueba de VIH gratuita y es expedida en cualquier tipo de, de servir, de cualquier tipo de atención de salud. Sí sucede que las personas quieren hacerse una prueba de VIH, al igual que quieran hacerse algún otro tipo de prueba de, de salud sexual y reproductiva, no sé para identificar un tipo de ETS o algo por el estilo.” (AC, Mujer, 33 años, El Salvador)

Por último, refirieron que es necesario avanzar en el “plan de acción transfronterizo” que países de centro América y México han venido trabajando como una “respuesta integrada a la atención a poblaciones móviles” dado que han tenido avances al respecto, pero aún no es suficiente.

Atención a situaciones de violencias

En el tránsito por El Salvador, las PM se pueden enfrentar a algunas situaciones de violencia, que, si bien pueden ser mitigadas de cierta manera por las personas que realizan trata de personas (“coyotes”), ya que reciben un pago y a cambio de ello “protegen”, también les puede colocar en mayor vulnerabilidad, sobre todo para violencia sexual. Asimismo, mencionaron haber identificado situaciones de sexo transaccional; sin embargo, la

naturalización del fenómeno no ha permitido conocer su magnitud. Es posible que también ocurran otros tipos de violencia contra mujeres durante el tránsito, sin embargo, los AC mencionan que no existen datos que lo demuestren debido a la falta de registro.

“De ahí pues prácticamente hay una situación que nosotros no la podemos valorar, aunque sí entra dentro del proceso de violencia, que es la oferta sexual por intercambio de valores. Que esa es una situación de bien difícil porque, pues sí, “Yo te protejo, acuéstate conmigo, pero yo te voy a dar protección” ¿verdad? Entonces bien o mal es una forma de violencia y tenemos esa situación. “Oh, mira, hoy vas a dormir aquí, pero pues sí.” Entonces generalmente estas situaciones son, no son medibles porque la gente lo mira tan normal que es un dolor de cabeza.”(AC, Hombre, El Salvador)

En cuanto a estrategias o acciones para atender y prevenir las violencias, los AC comentaron que existen instancias e instituciones para asistir a víctimas, por ejemplo, en el caso de las personas que han vivido un abuso o violencia sexuales pueden solicitar ayuda en los hospitales, sin embargo, esto no implica que sea un servicio que busquen, debido a las barreras ya mencionadas. Para contrarrestar las violencias, sobre todo para población en alto riesgo, hay programas principalmente de organizaciones civiles. Una medida que algunas personas toman, para prevenir violencia sexual en niñas es hacerlas parecer niños:

“Y si van niñas, esta es una cosa sumamente dura, se les pide que se les corte el pelo y que se vistan como niños, a las niñas, para evitar que sean blanco de violaciones a futuro” (AC, Hombre, EL Salvador)

4.2.2.5. Costa Rica

Perfil de actores clave

Participaron cinco actores clave de Costa Rica, con edad promedio de 46 años, pertenecientes al sector público o sociedad civil, con experiencia en temas migratorios, desde el ámbito de la salud y protección de las personas migrantes. En Costa Rica no se realizaron entrevistas a personas migrantes.

Pre migración

De acuerdo con los AC, existen tres grandes grupos de PM en el país, por un lado, se encuentran aquellas personas, como las personas indígenas de la comarca NGabe-Buglé, que transitan al territorio con el fin de trabajar de manera temporal, principalmente en fincas de café; un segundo grupo corresponde a aquellas PM (sobre todo de Nicaragua) que buscan

refugio en Costa Rica y por último aquellas que se encuentran en tránsito que buscan llegar a EUA o México.

En este último grupo (población objetivo para indagar en las entrevistas) se identifican PM provenientes de países como Venezuela, Haití, Cuba, Nicaragua, Ecuador, Perú y Chile; el principal país de origen de las PM que van hacia México y EUA va cambiando, según el contexto sociopolítico que se vive en la región (por ejemplo, muchas personas de Haití migraron a Brasil para la construcción de estadios en los Juegos Olímpicos, sin embargo, al concluir ese periodo continuaron su trayecto hacia el norte del continente). No obstante, también, aunque en menor proporción, se han identificado PM de países africanos o asiáticos.

Las características sociodemográficas de las PM en tránsito dependen del país de origen y momento que se atraviesa en dicho país. Los AC han identificado un aumento en las PM con un alto perfil académico, aunque también es frecuente observar PM con un nivel socioeconómico bajo. Respecto al sexo, identifican que existe un equilibrio en cantidad entre hombres y mujeres y con relación a su edad, refieren que la mayoría se encuentra en edad productiva, aunque han ido en aumento las familias que migran, también se ha observado un incremento en personas adolescentes, niños y adultos mayores.

Identifican violencia social e individual, así como crisis económicas y políticas y falta de acceso a productos, bienes y servicios (por ejemplo, médicos), como parte de los principales motivantes para migrar.

En cuanto a las PM de la población en alto riesgo, su edad, al igual que la del resto de las PM, suele estar dentro de la edad productiva. Se identifica también una mayor prevalencia en hombres de alta prevalencia, seguidos por hombres de muy alta prevalencia y en menor frecuencia, mujeres lesbianas. La aprobación del matrimonio igualitario en Costa Rica ha hecho, de acuerdo con los AC, que las personas de la población en alto riesgo identifiquen al país como un país seguro al cual migrar, esto principalmente al vivir discriminación y violencia en sus países de origen, así como desabasto de medicamentos antirretrovirales para aquellas personas con un diagnóstico de VIH.

El migrante que viene de paso, que es el, los flujos que ahorita se, se dan en este país, es que entran por la frontera sur, que vienen de Panamá y van hacia el norte hacia Estados Unidos, es, son migrantes, ahí va de todo, hombres, mujeres, familias en demás, ya es, muchas familias enteras, niños, mujeres embarazadas. Que son las personas que vienen súper afectadas en la salud, en lo emocional porque han vivido violaciones de todo tipo, porque han escapado de morir, porque no tienen ni un, ni un centavo en la bolsa, porque están esperando que les caiga un depósito y duermen en la calle. (AC, Mujer, 60 años, Costa Rica)

Movimiento hacia Costa Rica

La entrada a territorio costarricense es descrita como “no difícil”, en el sentido de que es “muy porosa” (territorios donde pueden cruzar las personas sin necesidad de cruzar un punto migratorio). La mayoría de las PM de tránsito entran a Costa Rica por la frontera con Panamá. Las PM suelen viajar en grupos, sin embargo, en caso de que alguna mujer haya salido de su país sin compañía, es frecuente que busquen unirse a un grupo con el fin de sentirse más seguras. Si bien las condiciones de salud de las PM al terminar de cruzar el Darién normalmente son deterioradas, la atención que reciben en Panamá les permite que, al llegar a Costa Rica, hayan mejorado.

Estando en Costa Rica, algunas personas con recursos económicos suficientes se hospedan en algún hotel para descansar, mientras otras hacen uso de casas de campaña o deciden tomar un autobús para avanzar más rápido. En caso de tomar un autobús, el riesgo de ser identificados y deportados por personal de migración disminuye ya que no se tienen identificados controles en este tipo de transporte.

Para cubrir costos económicos, algunas personas reciben dinero por medio de remesas, piden dinero o venden cosas en las calles. El tiempo promedio de permanencia en el país es entre 2 y 5 días, de acuerdo con los AC.

Uno de los principales riesgos está relacionado con la presencia de “coyotes” (personas que, por un costo económico, ayuda a las PM a transitar la ruta) que engañan a las PM, esto ocurre tanto en la frontera de entrada como de salida del país de igual manera, las PM se ven expuestas a asaltos y estafas al cruzar el país.

Entonces cuando llegan a la frontera hay mucha gente que se les, les ofrece llevarlos hasta Nicaragua y llevarlos y cruzarlos de forma segura hasta la frontera con Honduras y obviamente es algo que sí sucede, sucede en muy muy poco, muy pocas, con muy poco éxito en pocas veces. Y además les cobran mucho dinero y llevarlos realmente sanos hasta la frontera con Honduras es prácticamente es un engaño. Entonces yo creo que ese es el principal problema por el que podrían ir y también les ha pasado algunos, ha habido algunos casos de que aquí en Costa Rica los asaltan, igual les quitan lo poco que tienen o lo poco que han podido pedir, y se aprovechan de ellos, es algo que quisiéramos que no pasaría, pero sí sabemos que ha sucedido. (AC, Hombre, 47 años, Costa Rica)

Los AC identifican que ha habido un aumento en las demandas de las PM hacia el Estado y organizaciones, manifestadas en la solicitud constante de alimentos y espacios para pernoctar. Sin embargo, estas exigencias no siempre van acompañadas por una respuesta institucional que logre dar solución a todas las necesidades expresadas.

Respuesta institucional ante la movilidad de personas migrantes

Frente a las necesidades de las PM, los AC identificaron respuesta pública y de la sociedad civil, enfocada principalmente en la atención a la salud de las PM.

Atención a salud

Atención a salud general

Las PM suelen llegar a Costa Rica, de acuerdo con los AC, en condiciones de salud que incluye la presencia de lesiones como cortadas, así como hongos en los pies, fiebre, tos, enfermedades gastrointestinales (por consumo de agua no purificada) y en algunos casos con Infecciones de Transmisión Sexual. Resaltan también las condiciones de salud mental derivadas de la violencia vivida y observada, así como de las dificultades propias del proceso de migración. Este deterioro en la salud mental se observa en mayor medida en mujeres que vivieron violencia sexual en el trayecto. De igual manera, los AC refieren dificultades para mantener una higiene saludable debido a la carencia de lugares para pernoctar, hacer sus necesidades fisiológicas y descansar. Los piquetes de insectos también son frecuentes, con consecuencias como malaria y dengue.

Los AC identifican que suelen ser las organizaciones de la sociedad civil las que tiene estrategias para buscar las PM que requieren atención médica, y es una vez que la PM tiene una urgencia, cuando se acerca a los servicios públicos como hospitales. En caso de una enfermedad grave, como COVID o tuberculosis, se retiene a la PM (en hospital o albergue) hasta que se encuentra en mejores condiciones de continuar con su trayecto.

Los servicios públicos de salud brindan atención en caso de emergencias a través de la caja costarricense del seguro social. También se identifican algunos consultorios (Equipos básicos de atención en salud-centros de atención primaria), sin embargo, estos no suelen tener los insumos ni equipo suficiente para la atención y no se encuentran siempre dentro de la ruta que las PM siguen para atravesar el país.

Por su parte, Cruz Roja, en alianza con UNICEF, cuentan con una unidad móvil, ambulancia, para atender en caso necesario.

Los AC identifican la necesidad de contar con servicios de soporte psicológico y fortalecer las estrategias de comunicación para que las PM conozcan sus derechos dentro del territorio. De igual manera, se reconoce que al invertir en atención oportuna se previene la complicación de una situación de salud que puede conllevar a una mayor inversión por parte del Estado y por parte de la PM.

Asimismo, brindar alimentos adicionales para el trayecto, especialmente a familias que viajan con niños, es una estrategia que puede ayudar a disminuir el hambre en este grupo. Esto principalmente pensado para ser utilizado en el trayecto a través del país.

Por último, mencionan la existencia de albergues administrados por la sociedad civil, que dan apoyo a PM que así lo requiere, especialmente mujeres con niños y niñas

Atención a salud sexual y reproductiva

Existen organizaciones que tienen programas específicos para la atención y acompañamiento de PM que viven con VIH, brindando en algunas ocasiones medicamento de manera gratuita mientras se realiza el trámite correspondiente con la Caja Costarricense del Seguro Social; esto último ocurre principalmente con PM que deciden solicitar acceso a medicamentos en el país, ya que para que esto pueda suceder, es necesario contar con un documento de identificación oficial del país. El apoyo entre instituciones de la sociedad civil y estado es de vital importancia para poder dar atención a las PM que así lo requieren. Es importante notar que las condiciones de salud de las PM que viven con VIH, al llegar al Costa Rica, puede ser delicada debido a las condiciones del trayecto previo.

En el caso de las personas con VIH, muchas veces su carga viral es muy alta debido a que han pasado mucho tiempo sin medicamento, entonces tienden a tener enfermedades oportunistas y es aquí donde tenemos que correr, por decirlo, para poder documentar a la persona para que vaya a hacerse los chequeos médicos y pueda tener acceso al medicamento y oportuno. (AC, Hombre, 37 años, Costa Rica)

Respecto al medicamento antirretroviral que las personas VIH requieren, es común que las PM hayan salido con él de sus países pero que lo hayan perdido en el trayecto, por lo que han tenido que suspenderlo. En otros casos, debido a que la salida de su país de origen fue en un contexto de emergencia, tuvieron que salir sin él. Ambas situaciones pueden llegar a tener un impacto en su salud física y emocional. En caso de requerir apoyo psicológico, es posible, en algunos casos, hacer referencia a una institución pública para recibir atención psicológica y psiquiátrica.

Algunos o algunas de ellas han manifestado haber recibido contención psicológica también, pero por periodos muy cortos, indicando que ha sido como insuficiente en relación a su estado de salud emocional y psicológica por todo lo que atraviesan. (AC, Hombre, 37 años, Costa Rica)

Los AC identifican que algunas PM, principalmente hombre de alta prevalencia y hombres de muy alta prevalencia, llegan a realizar sexo transaccional/trabajo sexual como estrategia para cubrir sus gastos económicos y poder sobrevivir el trayecto migratorio. Generalmente hacen uso de páginas web o plataformas de citas. Este tipo de trabajo les expone a riesgos, principalmente cuando los clientes solicitan que no se utilice preservativo. Se considera que para algunas PM puede ser difícil tener acceso a condones, por lo que, ante la necesidad de comprar, prefieren invertir los pocos recursos económicos que tienen,

en comida. Sin embargo, también identifican que hay organizaciones que brindan de manera gratuita preservativos y lubricantes.

En el caso de métodos anticonceptivos para PM mujeres, así como de profilaxis preexposición, las PM deben solicitarlos a través del estado, para lo que requieren tener un documento de identificación del país.

Los AC identifican que es necesaria una mayor coordinación para poder dar atención a las PM que así lo requieren, de igual manera, se reafirma la necesidad de mantener comunicación y un sistema de seguimiento entre los países para poder dar seguimiento y atención a personas con enfermedades, como VIH, que así lo requieren pero que, por la urgencia de avanzar en el trayecto, no se pueden detener.

yo sí creo que algo que hay que trabajar aquí es la interconexión, ver este flujo que va de sur a norte, así debería de ser nuestro trabajo, articulado de sur a norte. Que haya comunicación, que haya capacidad para que al menos, decíamos nosotros, referenciar casos altamente vulnerables. Todos son vulnerables. Es feo decirlo. Pero, por ejemplo, si es alguien que va con lo del VIH y a lo mejor aquí no se pudo hacer nada por el tiempo, porque se fue, tal vez Honduras lo puede estar esperando y nosotros le hacemos una referencia. No sé. Pero al menos comunicarnos, el sur con el norte y el otro norte con el otro sur. Porque desgraciadamente, queramos o no queramos, los flujos van. (AC, Mujer, 60 años, Costa Rica)

Atención a situaciones de violencias

Durante todo el trayecto hasta llegar a Costa Rica, los AC mencionan que las PM se ven expuestas a diferentes tipos de violencia, como lo son robos, golpes, cobros excesivos, engaños y violencia sexual, principalmente dirigida hacia mujeres. Las PM pueden recibir un folleto en el que se mencionan sus derechos y proceso para poner una denuncia en caso necesario.

Bueno, lo que ellos in, indican es que en, durante su paso en la selva son víctimas de robos, que muchas veces les roban todo lo que traen en dinero, teléfonos celulares, todas estas cosas parece que se las, se las quitan en su paso. Es principalmente eso, adicionalmente la violencia sexual. (AC, Hombre, 44 años, Costa Rica)

Los hombres y mujeres de muy alta prevalencia, así como las mujeres de población general, son las PM que los AC refieren que sufren con más frecuencia situaciones de violencia sexual. Mencionan que son pocas las denuncias de violencia sexual en territorio costarricense, lo que no permite identificar la magnitud del problema. El limitado número de denuncias se puede deber a que las PM priorizan poder continuar con su trayecto y evitar la

posibilidad se sentirse revictimizadas. Sin embargo, reconocen que hay ocasiones en las que las PM reportan y quieren denunciar una violación que ocurrió en el paso entre Colombia y Panamá, sin embargo, al no estar en estos países no es posible realizarla. Se reconoce la existencia de un documento que ha trabajado la ACNUR junto con la OIM para contar con una ruta de atención de emergencias derivadas de violencia sexual.

lo que nos hemos dado cuenta con las entrevistas que tenemos con las mujeres es que ellas lo que hacen es que se ponen una inyección para no salir embarazadas antes de, porque saben, porque es seguro que las van a violar. Es que es terrible eso. ¿Te imaginás vos? Que es que vos, es, así lo asumen porque es seguro que las van a violar, como mujer. Entonces se ponen una inyección para no salir embarazada, de tres meses. Esa es la que, es la medida que ellas toman. (AC, Mujer, 60 años, Costa Rica)

Otro tipo de violencia que expresan es la discriminación en su expresión como xenofobia, estas situaciones ponen también a las PM en una situación de vulnerabilidad ya que en ocasiones es ejercida por parte de servidores públicos. Para lograr su disminución consideran que es importante realizar capacitaciones y procesos de sensibilización.

No digo que los hombres gay no lo enfrentan [violencia], también. Lo que sucede es de que, en menos proporción, pero sin embargo la más visible por su tema de su identidad de género, son las mujeres. Hay hombres de muy alta prevalencia que han tenido que raparse el pelo, que han tenido que retroceder en su expresión de género por este mismo miedo de situaciones, ya sea que van hacia Estados Unidos o que vienen de Venezuela hacia Costa Rica y que cruzan por la selva, porque la mayoría se sabe de los grupos que migra puede ser binaria heterosexual, entonces para sentirse protegidos o incluidos o incluídos en el grupo, tienen que verse como las personas heterosexuales, por decirlo. Entonces han sido maltratados, incluso nos han mencionado que les pegan gritos e insultos en el grupo, los ofenden, palabras humillantes, lo cual eso también es violencia. (AC, Hombre, 37 años, Costa Rica)

Los AC mencionan que debe ser prioritario el reforzamiento de acciones operativas y a nivel de leyes, que permitan brindar atención a las PM ya que las acciones actuales no son suficientes. Los recursos económicos limitados tienen un impacto en los alcances de las estrategias a implementar. De igual manera, mencionan que se requiere un mayor compromiso por parte del Estado. Por último, los AC reconocen que el reto al que se enfrentan en Costa Rica, así como los demás países que forman parte de la ruta migratoria, rebasa su capacidad.

Los esfuerzos no son suficientes no porque el esfuerzo no sea grande, sino porque en realidad, el reto es enorme. En las últimas semanas nos han estado reportando que por Darién están ingresando entre 1,000 y 1,500 personas diarias. Eso supera por mucho la capacidad operativa de, de nuestras instituciones. Y, y creo que superaría por mucho la capacidad de cualquier país para dar una atención adecuada. Porque sacábamos nosotros, por ejemplo, ¿qué sería lo ideal?, pensaría uno. Bueno, que cuando esas personas ingresan a Costa Rica, tuviéramos un albergue donde el que se quisiera quedar, se pueda quedar. Le damos alimentación o si hay una persona que requiere reponer fuerzas que ¿verdad? etc. Pero, pero si nosotros pensamos en abrir algo así, ocuparíamos pensar en 1,000 personas por día que se puedan quedar 3 días, 4 días, entonces ocupamos un espacio cuatro, para 4,000 personas. No lo tenemos. (AC, Hombre, 44 años, Costa Rica)

4.2.2.6. Panamá

Perfil de actores clave

Participaron cuatro actores clave de Panamá, con edad promedio de 41 años, pertenecientes al sector público o sociedad civil, con experiencia en temas migratorios, desde el ámbito de la salud y protección de las personas migrantes. En Panamá no se realizaron entrevistas a personas migrantes.

Pre migración

De acuerdo con los AC, existe un constante cambio en el perfil de las PM que atraviesan Panamá. Situaciones propias de cada país (como crisis económica o desastres naturales) de origen, se reflejan en el perfil de las personas que deciden migrar, especialmente en la edad, nivel de escolaridad, nivel socioeconómico y compañía.

Entonces ...no es un perfil permanente, es un perfil muy cambiante y que depende mucho de las condiciones sociopolíticas internacionales. (AC, Hombre, 43 años, Panamá)

A pesar de estos cambios, los AC han observado un incremento en las PM que viajan en familia. También han observado que, aunque la mayoría de las personas adultas se encuentran en edad productiva (20-40 años), también han aumentado las PM mayores de 60 años y adolescentes. Entre los principales países de origen mencionan Venezuela, Colombia,

Nicaragua, Cuba, Haití y en algunos casos, de países pertenecientes al continente africano o europeo.

Como parte de las principales razones por las cuales las PM deciden comenzar su trayecto migratorio, los AC identifican el deseo de mejorar las condiciones económicas de las familias, principalmente debido a la crisis económica, desastres naturales, inseguridad y situaciones de persecución política en los países de origen. De igual manera, existe un grupo de PM que buscan la reunificación familiar, principalmente en Estados Unidos.

Si bien Estados Unidos continúa siendo, junto con Canadá, el principal destino, también han identificado que algunas PM desean quedarse en territorio panameño, o buscan llegar a México.

Esa percepción que se tiene de...de las bondades que puede brindar los Estados Unidos, es la que inspira que muchas personas caminen hacia allá. (AC, Hombre, 48 años, Panamá)

Movimiento hacia Panamá

Para ingresar a territorio panameño, las PM deben entrar a la selva del Darién, conocida entre ellos como un trayecto peligroso. Al inicio de este fragmento de su trayecto, en Colombia, las PM suelen contratar el servicio de una persona que les guía el primer tramo, sin embargo, al avanzar requieren continuar de manera independiente, hasta cruzar a Panamá y entonces volver a utilizar el servicio pagado de otra persona.

Al atravesar la selva, las PM se exponen a riesgos relacionados con el clima, condiciones del suelo, tener que atravesar ríos y exponerse a animales, además de riesgos relacionados con violencia y dificultades como falta de alimentos y agua potable. Con el paso del tiempo, debido a la creciente cantidad de PM que cruzan, la ruta que deben seguir se ha vuelto más clara, lo que ha contribuido a reducir la incertidumbre de las PM.

Sabemos que tienen el camino marcado con las ropas que han ido dejando en el camino. Muchos al inicio viajaban con mucha ropa y ya no podían, y para no maltratarse los pies, han hecho como unos caminos y estos caminos han de suavizarles un poco... el martirio, un poco. Usan la ropa misma de ellos que van dejando en el camino y se ha ido creando como una vereda, (AC, Hombre, 48 años, Panamá)

Al terminar de cruzar la selva, dentro de Panamá, las PM deben tomar un transporte terrestre (autobús de pasajeros) que los lleva a la frontera con Costa Rica. Dicho transporte requiere el pago de una cuota que las PM deben cubrir, sin embargo, no todas las PM cuentan con el recurso económico para absorber el costo. Ante esta dificultad, en algunos casos las PM solicitan a sus familiares les envíen dinero por medio de sistema de remesas, en caso de

que esto no sea posible, optan por solicitar dinero en vía pública o vender artículos como dulces. Según el tiempo que tardan en conseguir el recurso, es el tiempo que deben de pausar su trayecto.

Respuesta institucional ante la movilidad de personas migrantes

Frente a las necesidades de las PM, los AC identificaron respuesta pública y de la sociedad civil, enfocada principalmente en la atención a la salud de las PM.

Atención a salud

Atención a salud general

De acuerdo con los AC, las PM experimentan diferentes situaciones de salud que deben afrontar como parte de su trayecto. Situaciones de insolación, deshidratación, dermatitis y lesiones como cortadas son frecuentes. De igual manera, enfermedades o malestares derivadas de picaduras de insectos, como dengue y malaria son algunas de las principales causas de atención que se observan. En el caso de los menores, la deshidratación y diarrea causada por el consumo de agua no potable es frecuente. Durante el trayecto en la selva, por las condiciones de este, la atención a problemas de salud es limitada, los AC mencionan que la búsqueda se da hasta que llegan a estaciones migratorias.

Debido al tiempo que les toma cruzar la selva es frecuente que, al llegar a una estación migratoria, las PM lleguen con un problema de salud no atendido, mismo que se ha convertido en una urgencia, especialmente cuando se refiere a enfermedades crónicas no atendidas o a problemas de salud en infancias. Se ha observado que las mujeres priorizan la atención en salud de sus hijos frente a la suya, lo que puede causar afecciones que imposibiliten también continuar con el trayecto a la velocidad deseada.

Los AC identifican dos puntos donde las PM pueden acceder a servicios de salud, mismos en los que suelen poder acceder a servicios de atención primaria. En caso de que no se cuente con posibilidad de atención en las estaciones migratorias, se realiza un traslado a otra zona, enfrentándose muchas veces a una barrera de transporte.

- En Bajo chiquito y Canaan Membrillo se encuentran servicios de salud públicos
- En Lajas Blancas y San Vicente se encuentran servicios de salud brindados por la sociedad civil (kits de aseo, charlas educativas, condones, atención primaria)

A pesar de esto, los AC identifican que las PM refieren temor ante el proceso de búsqueda de atención, esto relacionado con la creencia de poder ser deportados, especialmente al ir a servicios de salud públicos. De igual manera, los AC consideran que existe un desconocimiento sobre el derecho a solicitar asistencia médica en servicios públicos, aun

cuando su situación sea irregular. Los AC reconocen que, a pesar de esto, ha llegado a ocurrir que se les niega a las PM el acceso a la salud, siendo esto producto de una falta de capacitación y sensibilización hacia los prestadores de servicios.

Además de los malestares físicos, los AC resaltan el impacto en la salud mental de las PM, el miedo, incertidumbre, riesgos y preocupaciones, hacen que las PM expresen tristeza y un estado de ánimo alterado. A pesar de identificarse como una necesidad en salud, son pocos los espacios en los que se atienden este tipo de malestares y en muchas ocasiones, tampoco representa una necesidad prioritaria para las PM, quienes lo que buscan es llegar a sus destinos con los menores contratiempos posibles.

El tema la salud mental es como un estado en el que en este momento no pueden mirar lo difícil que han pasado para no quebrarse y poder continuar su proyecto migratorio.

[...]

La salud mental está influida por todas las situaciones que están alrededor de las personas, todo el contexto, los determinantes sociales. La primera barrera, la dificultad de regularizarse, todo el temor constante que sienten las personas de ser deportadas, de no poder acceder a servicios, de ser discriminadas incluso, muchas veces, no sólo por un sistema de salud

[...]

Está una constante preocupación, sentimientos de tristeza, estado...bajo estado de ánimo y demás en...en personas...en personas migrantes y con respecto a eso, por ejemplo, en Panamá, pues tampoco es que existan los centros de salud que brindan atención primaria en salud mental. (AC, Mujer, 36 años, Panamá)

Los AC reconocen que es necesaria una mayor coordinación entre los servicios, públicos y de la sociedad civil para optimizar los recursos humanos, materiales (medicamentos) y económicos. Resalta la participación de Médicos sin Fronteras y Cruz roja, quienes brindan apoyo en puntos específicos en donde el Ministerio de Salud no tiene alcance. Sin embargo, de acuerdo con los AC, los esfuerzos aun no son suficientes ya que no se cuenta con la capacidad para brindar atención adecuada a todas las necesidades de las PM.

Atención a salud sexual y reproductiva

Los AC refieren que han detectado que las mujeres suelen hacer uso de métodos anticonceptivos hormonales (principalmente implante), previo al inicio del trayecto migratorio, esto como medida de protección ante el elevado riesgo de sufrir violencia sexual.

Una vez en Panamá, las PM pueden solicitar condones y pastillas anticonceptivas, sin embargo, su obtención principalmente en servicios de salud públicos depende del abastecimiento que se tenga.

Por su parte, los AC refieren que han identificado un incremento en situaciones de sexo transaccional/trabajo sexual situación que los lleva a considerar prioritario el diseño de estrategias que aborden estos eventos.

En caso de personas que viven con VIH, si no cuentan con tratamiento se refieren a una clínica de salud pública, donde pueden acceder a medicamento retroviral de manera gratuita. Los AC mencionan que las características del trayecto y dificultad para acceder a alimentos, hace que, para las personas con VIH, represente un reto poder cumplir con su tratamiento.

Las personas migrantes [que viven con VIH], precisamente por el tema de la dificultad de generar ingresos, tienen dificultades para acceder a los alimentos, para alimentarse de manera adecuada, y obviamente para estas personas los efectos secundarios de los medicamentos son mucho más fuertes. Al no alimentarse en una manera adecuada pues a veces dejan el tratamiento. (AC, Mujer, 36 años, Panamá)

Por último, mencionan que las estrategias llevadas a cabo para realizar pruebas diagnósticas de VIH y otras ITS se enfrentan al obstáculo del tiempo disponible por las PM. En caso de un resultado positivo, comentan que es prioritario contar con protocolos de atención que permitan dar un tratamiento, a pesar de la prisa de las PM para continuar con su trayecto.

Atención a situaciones de violencias

Los AC mencionan que la violencia sexual, violaciones hacia mujeres principalmente, aunque también se llegan a dar casos en adolescente y niñas, es uno de los mayores peligros a los cuales se enfrentan al cruzar la selva. Los agresores en estas situaciones suelen ser tanto personas locales, como otras PM con las que viajan.

Ante la detección de un caso, se plasma a las víctimas la posibilidad de denunciar ante el Ministerio Público, y en caso de aceptar, se les acompaña. Por la parte médica, se les ofrece apoyo psicológico y profilaxis post exposición. Resalta que no es frecuente que las víctimas expresen haber pasado por una violación.

De hecho, incluso, por ejemplo, personas pues, que son víctimas de violencia sexual en el trayecto, no necesariamente lo manifiestan. A veces sí, sí lo dicen, a veces lo identifican las organizaciones benéficas u otros migrantes que identifican que quizás más personas que ha sido víctimas de violencia sexual

*y demás. Entonces se brinda la atención, pero realmente ellas no lo dicen.
(AC, Mujer, 36 años, Panamá)*

Los AC mencionan que existen puntos dentro del trayecto en los que las situaciones de violencia sexual se pueden ver incrementadas como consecuencia de usos y costumbres propias de las comunidades, en las que se encuentra normalizada la violencia de género.

Por otro lado, las situaciones de violencia social, como delincuencia organizada, asaltos, golpes y extorsiones, representan, de acuerdo con las expresiones de los AC, un riesgo constante durante todo el trayecto. Se ha identificado que la ruta que siguen las PM es también una ruta de tránsito de armas, drogas y tráfico de personas, lo que incrementa la inseguridad. Ante estos riesgos, las PM suelen organizarse para viajar en grupos, sin embargo, la posesión de armas por parte de la delincuencia sitúa a las PM en una situación de vulnerabilidad alta.

Con referencia a las PM que forman parte de la población en alto riesgo, los AC mencionan que suelen ser víctimas de violencia basada en género, no solo por parte de algunas PM con las que viajan, sino también por parte del personal de migración. Las manifestaciones suelen estar expresadas mediante comentarios despectivos y restringiendo al acceso a servicios, como alimentos, a los que tienen derecho.

Es sumamente complejo y a pesar del esfuerzo que se está haciendo, es importante destacar que lamentablemente algunos de los malos tratos también se dan de las autoridades panameñas, también tienden a violentar verbalmente a las personas de la población en alto riesgo dirigiéndose a ellos en algunos casos como “fenómenos”, como “raros” o buscando algún acto de humillarlos o de repente, por ejemplo, privarlos o decir que... cómo el alimento que se va a entregar en esos casos, tal vez no dárselo. (AC, Hombre, 43 años, Panamá)

Los AC mencionan que existen pocas denuncias por violencia por parte de las PM, esto debido a desconocimiento sobre los procesos de denuncia y la creencia de que, al denunciar, serán retenidos en Panamá y no podrán continuar con su trayecto.

A pesar de la evidencia existente sobre los altos índices de violencia, la implementación de estrategias de prevención no ha sido una tarea sencilla. Ante las situaciones de violencia sexual se han llevado a cabo capacitaciones de sensibilización a grupos originarios sobre la importancia de la no violencia. De igual manera, se han implementado sesiones de formación a personal (de salud y migración) sobre la no discriminación, especialmente a grupos vulnerables como lo son las personas que forman parte de la población en alto riesgo y se resalta la importancia de procurar estrategias que velen por la salud mental no solo de las PM, sino también de los prestadores de servicios, esto con el fin de disminuir los malos tratos causados, probablemente, por estrés.

vale la pena hablar de protección desde varios enfoques y sobre todo en salud, porque al final también está todo el tema de la salud psicoemocional y psicosocial, que también se ve afectada en esta zona. No solamente para las personas migrantes, que ya de por sí tienen una serie de situaciones que seguramente le van impactar en toda su vida, pero, sino también a todos los equipos que están atrás de este lado. Entonces, esas situaciones son necesarias verlas, porque, por ejemplo, yo le digo, no hay protocolos muy claros del apoyo psicosocial a los diferentes colaboradores, agencias, personal ya...inclusive personal del estado. Entonces, ahí hay una carencia, porque si yo tengo una persona que todos los días está expuesta a esto, ¿cuándo tenemos un protocolo para decir cámbienla o rótenla o muévanla? Sigue siendo una carencia en esta cultura humanitaria. (AC, Hombre, 43 años, Panamá)

Por último, los AC mencionan que, si bien ha habido una disminución de casos de violencia, esta se puede deber a una reducción en las denuncias recibidas o a las acciones que se han llevado a cabo, desde el Estado.

5. Conclusión

Las experiencias de las personas migrantes (PM) son variadas y se ven influenciadas por tres factores: las circunstancias previas a la migración, los desafíos que enfrentan a lo largo del viaje y las afectaciones de salud que llegan a experimentar en el camino.

Según el contexto y las características sociodemográficas de las PM, algunas serán más vulnerables que otras, incluso desde antes de comenzar su trayecto. Por ejemplo, quienes deciden migrar para escapar de una situación de violencia o inseguridad (58% de la población migrante internacional encuestada), inician su viaje bajo una situación de emergencia, lo que limita su preparación para enfrentar los retos de la migración.

La violencia, en todas sus formas, es un riesgo constante a lo largo de la ruta migratoria. El estudio revela que 32.2% de las PM migrantes internacionales encuestadas experimentó algún tipo de violencia en su trayecto, siendo los robos o asaltos (83.4%), las amenazas (68.9%) y las agresiones físicas (26.5%) los incidentes más frecuentes.

Las PM son blanco de discriminación, extorsiones y amenazas por parte de personas locales, “coyotes”, conductores de autobuses, personal de migración y profesionales de la salud. Por ejemplo, las PM internacionales reportaron enfrentar discriminación por parte de la policía (24.8%), al intentar conseguir empleo (23.4%), y al buscar alojamiento (15.8%). En Panamá y el primer levantamiento de México, alrededor de 11% de los participantes indicó haber experimentado discriminación al solicitar servicios médicos.

Debido a que **estas prácticas ponen en riesgo a las PM de sufrir daños físicos y psicológicos**, tanto las PM como los actores claves identificaron la necesidad de contar con campañas de sensibilización y capacitación, para conocer los mecanismos de denuncia y proteger a las migrantes de estos abusos.

En este sentido, **es fundamental considerar cómo influyen el sexo, el género, la identidad y la orientación sexual en el tipo de desafíos que enfrentan las PM.** De acuerdo con el estudio, siete de cada diez PM internacionales que experimentaron agresiones sexuales en el camino, eran mujeres.

Cabe destacar que **la violencia sexual se intensifica** al atravesar la selva de El Darién, **especialmente para las mujeres**, quienes temen ser víctimas de abuso sexual incluso desde antes de emprender el viaje. A pesar de las dificultades que plantea el entorno selvático para la implementación de medidas de prevención y atención, los actores claves mencionaron que es fundamental contar con servicios de apoyo enfocados en atender las secuelas de esta violencia una vez que las PM salen de la selva.

Las PM de población en alto riesgo están más expuestas a situaciones de discriminación y violencia, y a menudo tienen que recurrir al sexo transaccional/trabajo sexual para subsistir. El estudio reveló que dentro de la población en alto riesgo, un mayor porcentaje de PM reportó discriminación por parte de la policía (39.3%), al solicitar empleo (60.1%), y al buscar vivienda (26.9%), en comparación a población general (23.6%, 20.4% y 14.9%, respectivamente). Los actores claves confirmaron la necesidad de implementar medidas específicas para proteger a las PM de población en alto riesgo, promover la inclusión en las comunidades de acogida y capacitar a las autoridades en materia de diversidad sexual y derechos humanos.

La exposición a violencia y discriminación a lo largo de la ruta migratoria puede desencadenar o agravar problemas de salud en las PM. En el estudio se obtuvo una alta prevalencia de problemas de salud mental, con una tasa de 44% para depresión y de 66% para ansiedad en el grupo de las PM internacionales. Las PM reportaron experimentar tristeza, desesperanza, así como preocupación y miedo constante por la incertidumbre e inseguridad a la que se ven expuestas en su viaje.

Los problemas de salud de las PM son también un reto a los que se enfrentan a lo largo de la ruta migratoria. Tanto en el grupo de PM internacionales como internas, dos de cada diez reportaron problemas de salud en el tránsito, siendo las enfermedades respiratorias y los traumatismos las afecciones más comunes. Sin embargo, entre las PM internacionales, solo 45% de quienes padecían algún problema de salud recibió atención médica.

En este estudio observó en la población migrante internacional una prevalencia de VIH y sífilis de 2.1% y 4.3%, respectivamente. Se identificó variación importante en los niveles de prevalencia de VIH, siendo México el país con mayor prevalencia (2.7% y 3.1% en 2022 y 2023, respectivamente), comparado con el resto de países en la región (de 1.3% a 1.7%). Panamá por su parte fue el país con la prevalencia de sífilis más elevada (5.7%). Los resultados destacan el nivel de vulnerabilidad de la población migrante en la región. Además, las prevalencias de VIH y sífilis en las PM internacionales de la población en alto riesgo eran más elevadas (16% y 13%, respectivamente).

El estudio también identificó **perfiles de mayor riesgo para VIH, entre ellos, las víctimas de violencia, aquellos que enfrentaron estigma y discriminación** en el camino así como **personas usuarias de drogas y con antecedente de diagnóstico de infecciones de transmisión sexual.**

Cabe resaltar que **el deseo de las PM de seguir adelante y llegar a la brevedad a su destino, puede frenar su búsqueda de servicios médicos**, especialmente si implica separarse del grupo con el que viajan o invertir más tiempo del previsto. Considerando esta situación y que los recursos económicos de las PM son limitados, los actores clave resaltaron

la importancia de diseñar y evaluar estrategias de entrega de servicios e insumos como condones, repelente de insectos, purificadores de agua, alimentos envasados como sueros o leche en polvo para niños, que les permitan afrontar los desafíos del camino bajo circunstancias menos riesgosas.

La adaptación de los servicios de salud, especialmente públicos, se ve obstaculizada por la poca presencia de programas enfocados en la población migrante, ya que los servicios destinados a las personas locales suelen estar en lugares que no siempre son de fácil acceso para las PM.

Además de adaptar los servicios de salud a las necesidades y características específicas de las PM, **es fundamental brindarles información clara sobre las opciones de atención a las que tienen derecho y garantizarles que al buscar ayuda médica no corren riesgo de deportación.**

Las PM expresaron la relevancia de poder acceder a **espacios de contención y atención a la salud mental especializados en atención de crisis** que tomen en cuenta el tiempo limitado con el que disponen.

Asimismo, los resultados de este estudio exponen **las necesidades de las personas menores de edad**, quienes, ante los riesgos del viaje, la falta de lugares para descansar y la dificultad para acceder a alimentos y agua potable se ven expuestos a enfermedades, que generalmente son tratadas por los adultos de manera improvisada, sin la intervención de profesionales de la salud. Estas situaciones no solo afectan la salud de las y los niños, sino también la de los adultos a cargo, quienes experimentan niveles elevados de preocupación al no poder satisfacer las necesidades básicas de los menores.

Según los participantes del estudio, el papel de las organizaciones de la sociedad civil es fundamental para atender las necesidades de salud de las PM, pero sus acciones deben estar coordinadas con las estrategias gubernamentales. Dado que la migración es una realidad constante en Centroamérica, es necesario que todos los sectores involucrados trabajen de manera conjunta para garantizar el bienestar de quienes deciden migrar, ya sea por voluntad propia o debido a circunstancias adversas.

6. Referencias

1. McAuliffe, M., & Triandafyllidou, A. (2021). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2022*.
2. McAuliffe, M., & Ruhs, M. (2017). *World Migration Report 2018*.
3. Migration Data Portal: Regional Data Overview. (2021). *Migration data in Central America*.
4. Inter-Agency Coordination Platform for Refugees and Migrants from Venezuela. (2022). *Regional Refugee and Migrant Response Plan (RMRP)*.
5. ACNUR. (2021). *Tendencias globales: Desplazamiento forzado en 2020*.
6. Meyer, P. (2022). *Central American Migration: Root Causes and U.S. Policy*.
7. Ruiz-Burga, E. (2021). Implications of migration patterns and sex work on access to health services and key health outcomes: a qualitative study on male migrant sex workers in London. *Int J Sex Heal*, 33(3), 237–247.
8. Infante, C., Aggleton, P., & Pridmore, P. (2009). Forms and determinants of migration and HIV/AIDS related stigma on the Mexican-Guatemalan border. *Qual Health Res*, 19(12), 1656–1668.
9. Bronfman, M., & Negroni, M. (2004). *Movilidad poblacional y VIH/SIDA: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*.
10. Fletcher, G., & Munro, M. (2004). *A hard road: the experiences of mobile populations in accessing HIV/AIDS care and support services within the greater Mekong subregion countries of Cambodia, Laos, Vietnam and Thailand*.
11. Caballero, R., Villaseñor, A., Millán, R., Trujillo, B., & Monárrez, J. (2013). Sexual risk behavior and type of sexual partners in transnational indigenous migrant workers. *AIDS Behav*, 17(5), 1895–1905.
12. Conners, E., Swanson, K., Morales, S., Fernández, C., Mercer, V., & Brouwer, K. (2017). HIV risk behaviors and correlates of inconsistent condom use among substance using migrants at the Mexico-Guatemala border. *AIDS Behav*, 21(7), 2033–2045.
13. Leyva-Flores, R., Infante, C., Gutiérrez, J., Quintino, F., Gómez, M., & Torres, C. (2019). Migrants in transit through Mexico to the US: experiences with violence and related factors, 2009-2015. *PLoS One*, 14(8).
14. Muñoz, R., Fernández, C., González, O., Morales, S., & Brouwer, K. (2020). Struggling bodies at the border: migration, violence and HIV vulnerability in the Mexico-Guatemala border region. *Anthropol Med*, 27(4), 363–379.
15. Vega, E. (2018). Entre la autonomía y la subordinación: significados y perspectivas de la experiencia migratoria de mujeres centroamericanas en tránsito por México. *Sociológica*, 33(93), 247–280.
16. Infante, C., Silván, R., Caballero, M., & Campero, L. (2013). Sexualidad del migrante: experiencias y derechos sexuales de centroamericanos en tránsito a los Estados Unidos. *Salud Pública Mex*, 55(1), 58–64.
17. Rocha-Jiménez, T., Brouwer, K., Silverman, J., Morales-Miranda, S., & Goldenberg, S. (2016). Migration, violence, and safety among migrant sex workers: a qualitative study in two Guatemalan communities. *Cult Heal Sex*, 19(9), 965–979.
18. Pintin, M., Rojas, M., & Bhuyan, R. (2018). The symbolic violence of tolerance zones: constructing the spatial marginalization of female Central American migrant sex workers in Mexico. *Womens Stud Int Forum*, 68, 75–84.

19. Rocha, T., Morales, S., Fernández, C., Brouwer, K., & Goldenberg, S. (2018). Stigma and unmet sexual and reproductive health needs among international migrant sex workers at the Mexico–Guatemala border. *Int J Gynecol Obstet*, *143*(1), 37–43.
20. Infante, C., Leyva-Flores, R., Gutiérrez, J., Quintino, F., Torres, C., & Gómez, M. (2020). Rape, transactional sex and related factors among migrants in transit through Mexico to the USA. *Cult Health Sex*, *22*(10), 1145–1160.
21. Goldenberg, S., Rocha, T., Brouwer, K., Morales, M., & Silverman, J. (2018). Influence of indoor work environments on health, safety, and human rights among migrant sex workers at the Guatemala-Mexico Border: A call for occupational health and safety interventions. *BMC Int Health Hum Rights*, *18*(1), 1–14.
22. Schmidt, L., & Buechler, S. (2017). “I risk everything because I have already lost everything”: Central American female migrants speak out on the migrant trail in Oaxaca, Mexico. *J Lat Am Geogr*, *16*(1), 139–164.
23. Febres, B., Brouwer, K., Rocha, T., Fernández, C., Morales, S., & Goldenberg, S. (2018). Influence of peer support on HIV/STI prevention and safety amongst international migrant sex workers: A qualitative study at the Mexico-Guatemala border. *PLoS One*, *13*(1).
24. Sastre, F., Sánchez, M., & de la Rosa, M. (2015). Changes in pre- to post-immigration HIV risk behaviors among recent Latino immigrants. *AIDS Educ Prev*, *27*(1), 44–57.
25. Leyva-Flores, R., Infante, C., Servan-Mori, E., Quintino, F., & Silverman, R. (2016). HIV prevalence among Central American migrants in transit through Mexico to the USA, 2009–2013. *Immigr Minor Heal*, *18*(6), 1482–1488.
26. Rocha, T., Morales, S., Fernández, C., & Brouwer, K. (2020). The influence of migration in substance use practices and HIV/STI related risks of female sex workers at a dynamic border crossing. *J Ethn Subst Abuse*, *19*(4), 503–520.
27. Febres, B., Brouwer, K., Jiménez, T., Fernández, C., Morales, S., & Goldenberg, S. (2020). Communication strategies to enhance HIV/STI prevention, sexual and reproductive health, and safety among migrant sex workers at the Mexico-Guatemala border. *J Health Care Poor Underserved*, *31*(2), 767–790.
28. Lorenzen, M. (2017). The mixed motives of unaccompanied child migrants from Central America’s northern triangle. *J Migr Hum Secur*, *5*(4), 744–767.
29. Keller, a, Joscelyne, A., Granski, M., & Rosenfeld, B. (2017). Pre-migration trauma exposure and mental health functioning among Central American migrants arriving at the US border. *PLoS One*, *12*(1).
30. Cardoso, J. (2018). Running to stand still: Trauma symptoms, coping strategies, and substance use behaviors in unaccompanied migrant youth. *Child Youth Serv Rev*, *92*, 143–152.
31. Edberg, M., Benavides, J., Rivera, I., Shaikh, H., Monge, R., & Grinker, R. (2021). Transnational determinants of health for Central American migrant to the U.S.: results of a qualitative study. *Glob Public Health*, *16*(3), 415–430.
32. Gustafsson, C. (2018). “For a better life”...A study on migration and health in Nicaragua. *Glob Health Action*, *11*(1).
33. Altman, C., Gorman, B., Chávez, S., Ramos, F., & Fernández, I. (2018). The mental well-being of Central American transmigrant men in Mexico. *Glob Public Health*, *13*(4), 383–399.
34. Infante, C., Idrovo, A., Sánchez, M., Vinhas, S., & González, T. (2012). Violence committed against migrants in transit: experiences on the Northern Mexican border. *J Immigr Minor Heal*, *14*(3), 449–459.

35. Simmons, W., Menjívar, C., & Téllez, M. (2015). Violence and vulnerability of female migrants in drop houses in Arizona: The predictable outcome of a chain reaction of violence. *Violence Against Women*, 21(5), 551–570.
36. Izcara, S. (2016). Violencia postestructural: migrantes centroamericanos y cárteles de la droga en México. *Rev Estud Soc*, 56(31), 12–25.
37. Venta, A & Mercado, A. (2019). Trauma Screening in Recently Immigrated Youth: Data from Two Spanish-Speaking Samples. *J Child Fam Stud*, 28(1):84-90.
38. Mercado, A., Venta, A., Henderson, C., Pimentel, N. (2021). Trauma and cultural values in the health of recently immigrated families. *J Health Psychol*, 26(5):728–40
39. Stoesslé, P., González, F., Santos, J., & Sánchez, N. (2015). Risk factors and current health-seeking patterns of migrants in Northeast Mexico: healthcare needs for a socially vulnerable population. *Front Public Heal*, 3, 1–12.
40. Montes, L., Galaviz, L., & Molina, Z. (2018). Anti-Trypanosoma cruzi antibodies in Latin American migrants in transit through the México- USA border. *Biomédica*, 38(1), 54.
41. Betanzos, A., González, L., Rodríguez, M., & Torres, J. (2012). Seroepidemiología del paludismo en un grupo de migrantes en tránsito. *Salud Pública Méx*, 54(5), 523–529.
42. DeLuca, L., McEwen, M., & Keim, S. (2010). United States–Mexico border crossing: experiences and risk perceptions of undocumented male immigrants. *J Immigr Minor Heal*, 12(1), 113–123.
43. Deschak, C., Infante, C., Mundo, V., Aragón, A., & Orjuela, M. (2022). Food insecurity and coping strategies in international migrants in transit through Mexico. *J Migr Heal*.
44. Ziersch, A., Due, C., & Walsh, M. (2020). Discrimination: a health hazard for people from refugee and asylum-seeking backgrounds resettled in Australia. *BMC Public Health*, 20(1), 1–14.
45. Coutin, S. (2005). Being in route. *Am Anthropol*, 107(2), 195–206.
46. International Organization for Migration (IOM). (2019). Glossary on Migration. Geneva, Switzerland.
47. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). (2020). FIES Survey Modules – Módulos de la encuesta. FAO Voices of the Hungry Project.
48. Herrero, J & Gracia, E. (2007) Una medida breve de la sintomatología depresiva (CESD-7). *Salud Ment*.
49. Salinas-Rodríguez, A., Manrique-Espinoza, B., Acosta-Castillo, I., Téllez-Rojo, MM., Franco-Núñez, LA., Gutiérrez-Robledo, LM., et al. (2013). Validación de un punto de corte para la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos, versión abreviada (cesd-7). *Salud Publica Mex*, 55(3):267–74.
50. Spitzer, RL., Kroenke, K., Williams, JBW., Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*, 166(10):1092–7.
51. Peterson, NA., Speer, PW., McMillan, DW. Validation of a brief sense of community scale: Confirmation of the principal theory of sense of community. (2008). *J Community Psychol*, 36(1):61–73

7. Anexo 1: Sitios de estudio

En El Salvador, el estudio se implementó en siete sitios que incluyeron un parque, una plaza, una terminal de autobuses, una frontera y tres localidades. En Guatemala, el estudio se llevó a cabo en tres sitios, en dos ciudades y un punto fronterizo. Honduras tuvo cuatro sitios, de los cuales dos eran ciudades y el resto fronteras. En Panamá, el estudio se realizó en varios puntos de la ciudad. Por último, el estudio de México se llevó a cabo en cinco sitios, de los cuales todos eran refugios o albergues para la población migrante (*ver tablas 25 a 29*).

Tabla 25. Sitios de implementación del estudio en El Salvador

Sitio	Descripción
La Hachadura	Este sitio se ubica en la frontera salvadoreña junto a Guatemala y es una de las localidades del departamento de Ahuachapán. De junio de 2020 a julio de 2021 se pudo identificar un flujo de salida de 1,458 personas, así como 1,443 ingresos, lo que coloca a este sitio como la localidad fronteriza con mayor salida de personas de El Salvador.
El Amatillo	Ubicada en el departamento de la Unión, es la frontera con Honduras y la de mayor flujo comercial. Fue el principal punto fronterizo de entrada durante el último año (2020), con mil 935 ingresos. Este sitio fue el tercero con mayores flujos de salida entre junio de 2020 y julio de 2021.
Ciudad de San Miguel (varios puntos de la ciudad)	Ubicada en el departamento de San Miguel, y es la tercera ciudad más poblada del país, sin tomar en cuenta el área metropolitana de San Salvador. Además, es la tercera ciudad más importante del país por su influencia económica.
Terminal de Autobuses San Miguel	Ubicada en la ciudad de San Miguel con rutas que conectan con la ciudad de San Salvador.
Parque San Miguel	Ubicado en la ciudad de San Miguel, dentro del departamento con el mismo nombre.
San Salvador (varios puntos de la ciudad)	Es la ciudad más importante del país, ubicada en la zona central, en el departamento de San Salvador. Su aglomeración urbana la posiciona como la segunda más grande de Centroamérica, solamente superada por el Área Metropolitana de Guatemala.
Plaza Francisco Morazán	Ubicada en el centro histórico de la ciudad de San Salvador.

Tabla 26. Sitios de implementación del estudio en Guatemala

Sitio	Descripción
Frontera San Marcos	Punto fronterizo entre Guatemala y México. Presencia de altos flujos de migrantes de forma constante. Es un punto importante para el paso hacia México. Es una frontera muy conocida, y aunque se observa una alta migración regular en el sitio, también es muy frecuente la migración irregular.
Esquipulas	Municipio que forma parte del departamento de Chiquimula, ubicado a 10 km de la frontera Aguas Calientes con Honduras. Esquipulas es conocida como el kilómetro cero de la ruta migrante ser el primer punto de acceso al país. Las PM en la ciudad se encuentran esparcidos por el parque, la iglesia, la estación de autobús o la calle.
Ciudad de Guatemala	Ubicada en el departamento de Guatemala y es capital del país. Es otro punto de la ruta migratoria dentro del país después que las PM salen de Esquipulas.

Tabla 27. Sitios de implementación del estudio en Honduras

Sitio	Descripción
Las Manos, El Paraíso	Punto fronterizo terrestre localizado entre Honduras y Nicaragua. Personas migrantes de origen haitiano, cubano, sudamericano y africano, a diario cruzan esta frontera por puntos ciegos en condiciones infrahumanas. Las personas migrantes en tránsito prefieren cruzar la frontera por la noche, a través de la selva y los ríos. Entre 200 y 300 personas migrantes cruzan la frontera diariamente de forma regular, incluyendo hombres, mujeres embarazadas, niños y niñas menores de cinco años.
Corinto, Morazán	Punto fronterizo entre Guatemala y Honduras. En agosto de 2020 se encontraron, en promedio, 200 personas migrantes ingresando y durante julio del mismo año, se registró la salida de poco más de 400 personas, en promedio. En este punto resalta la presencia significativa de menores de edad no acompañados que forman parte importante del flujo de salida.
Tegucigalpa. Fco. Morazán	Capital de Honduras, que presenta una urbanización densa, al igual que en varias ciudades de la región presenta fenómenos socioeconómicos como la pobreza y la delincuencia que pueden motivar la movilidad. Al ser la ciudad capital, forma parte del trayecto migratorio.
San Pedro Sula, Cortés	Ciudad ubicada en el departamento de Cortés. Es la segunda más grande del país y se conoce por ser la ciudad industrial del país al ser sede de grandes compañías. Incluso, tiene mayor importancia que la capital del país y es la única ciudad no capital con mayor relevancia de todo Centroamérica. Es la ciudad con la tasa más alta de crecimiento poblacional de Honduras, con un elevado movimiento de migración interna.

Tabla 28. Sitios de implementación del estudio en Panamá

Sitios	Descripción
Ciudad de Panamá (varios puntos)	Capital de la República de Panamá, ubicada en la provincia de Panamá. Es la quinta ciudad más grande de Centroamérica, es una ciudad costera con la mayor carga cultural y económica del país. El turismo y el canal de Panamá son las principales fuentes de ingreso económico de la ciudad. Reportes de OIM indican que anualmente son 25,000 migrantes que ingresan al país y aproximadamente 2,000 por mes que atraviesan la selva del Darién para ingresar al país. Para el 2023 se registró una cifra record de medio millón de migrantes que cruzaron con el propósito de continuar con su trayecto.

Tabla 29. Sitios de implementación del estudio en México

Sitios	Descripción
La 72 – Hogar Refugio para Personas Migrantes	Ubicado en Tenosique, en el estado de Tabasco, abrió sus puertas en el 2011. Además de brindar refugio a personas migrantes en tránsito y solicitantes de refugio o asilo, La 72 proporciona los servicios de asistencia humanitaria (alimentación, hospedaje y servicios de salud), atención psicosocial a grupos vulnerables y cambio estructural (capacidad de adaptación ante escenarios variables y con elevada incertidumbre).
Casa del Caminante Jtatic Samuel Ruíz	Ubicada en la ciudad de Palenque, en el estado de Chiapas, es una asociación civil fundada en 2012, que brinda atención a los migrantes en tránsito. Este albergue es administrado por las hermanas Vicentinas. Actualmente, ofrece los servicios de hospedaje, alimentación, vestido y asesoría legal.
Hospitalidad y Solidaridad AC	Ubicado en la ciudad de Tapachula, en el estado de Chiapas, fue fundado en 2019. Actualmente, esta organización alberga a cerca de 150 personas migrantes solicitantes de refugio provenientes de diversas nacionalidades. Desde su apertura, ofrece los servicios de asesoría legal, servicios médicos básicos, psicológicos, alojamiento, alimentación.
Albergue Jesús el Buen Pastor	Ubicado en la ciudad de Tapachula, en el estado de Chiapas, fue fundado en 1990. El albergue cuenta con una capacidad de 600 personas. Mes a mes, se estima que este sitio brinda servicios a entre 1,000 y 1,500 personas migrantes. Este albergue ofrece los siguientes servicios de alojamiento, alimentación y atención médica básica.
Albergue Diocesano Belén	Ubicado en la ciudad de Tapachula, en el estado de Chiapas, el albergue ofrece alojamiento a más de 180 personas migrantes de diversas nacionalidades. Este albergue ofrece servicios como alojamiento, alimentación, servicios de higiene personal, atención médica básica y acompañamiento psicológico.
COMAR	La Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR) es la institución del Gobierno de México encargada de dar trámite a las solicitudes de reconocimiento de la condición de refugiado. Reportes por parte del personal de la sede ubicada en Tapachula han mencionado atender entre 1,800 – 2,000 personas diarias a un máximo de 2,600 – 2,800 personas.

8. Anexo 2: Informe de entrevistas semiestructuradas de Panamá elaborado por el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

Este informe tiene el objetivo de describir los hallazgos principales del estudio cualitativo realizado en Panamá. Por lo cual, aquí se describe los temas principales estudiados y los hallazgos generales. Se incluyen diferentes situaciones de vida por las que una persona migrante ha vivido, desde las condiciones previas a la migración, su perfil demográfico, el transcurso de su viaje antes de llegar a Panamá y todas aquellas situaciones vividas durante el tránsito. Se enfoca especialmente en: a) las condiciones de salud antes, durante y después de su viaje, y b) sus necesidades y las condiciones en las que se encuentran en el presente, desde que llegaron a la Ciudad de Panamá.

De los 300 participantes del estudio cuantitativo, se escogieron aleatoriamente a 24 personas para realizar entrevistas semiestructuradas. No se incluyeron más de 24 porque en los temas mayores del estudio ya se llegó a saturación de datos.

Es importante destacar, que a cada uno de los participantes se les informo detalladamente el contenido de las entrevistas y se les explicó los términos y acciones que bajo la ley panameña estaríamos obligados a reportar a las autoridades competentes, en caso de mencionar algún acto ilegal en el que haya sido parte, ya sea como víctima o victimario, tal como se describe en el instrumento que fue aprobado por el Comité de Bioética de la Investigación (CBI) del ICGES.

Se contó con una muestra variada en sexo, género y edad y de diversos países de Latinoamérica, incluyendo El Salvador, Nicaragua, Cuba, Colombia y Venezuela.

Es importante mencionar que, a los entrevistados se les brindó asesoría, orientación y referencias en los temas de salud pertinentes, tal como indica el protocolo de investigación que fue aprobado por el CBI.

A continuación, en base a las categorías principales de la entrevista se desglosará detalladamente cada uno de los puntos. Siendo estos:

Perfil demográfico

- Dentro de los entrevistados se contó con 12 participantes mujeres, 11 hombres y una persona que se identificó como hombre de muy alta prevalencia.

- El número de entrevistados por país fue el siguiente: 11 colombianos, 1 ecuatoriano, 4 nicaragüenses, 1 salvadoreño y 7 venezolanos.
- 7 de los entrevistados comentaron haber realizado grados de bachiller. De estos 7, solo 2 hicieron bachillerato completo y 4 tuvieron estudios de bachillerato incompleto.
- 17 de los entrevistados comentaron haber realizado estudios superiores, de los cuales 12 cuentan con una carrera completa (título universitario) y 4 con estudios universitarios incompletos.

Condiciones previas al tránsito migratorio (Pre-migración):

- Casi todos de los entrevistados comentaron laborar en sus países de origen, dentro de las áreas de las que se habían graduado (si estudiaron), contando con negocios propios o trabajando para el gobierno de sus países. El resto reportaron haber realizado labores en sectores como construcción, vendedores ambulantes, alimentación, etc.

Proceso migratorio (movimiento)

- Gran parte de los entrevistados comentan haber venido solos al país, y aquellos que han venido acompañados, en su mayoría, fueron por personas que conocieron en su tránsito y con quienes no mantienen relación actualmente. Otros mencionan haber venido con familiares o, en algunos casos, ya contaban con familiares dentro del territorio panameño.
- Pocos de los entrevistados comentaron haber pasado un tiempo (meses hasta 2 años) viviendo en otros países a parte de Panamá, algunos de ellos estuvieron viviendo en estos países (Brasil, Colombia, Costa Rica, México) y luego decidieron migrar a otras zonas. Un caso en particular nos comenta haber llegado hasta Estados Unidos y luego regresarse por la situación tan desfavorable vivida en el momento de su tránsito, por lo que, decide regresar al territorio panameño por mejores oportunidades.
- Aproximadamente un tercio de los entrevistados comenta haber pasado por la selva colombiana y el Tapón del Darién. Algunos de ellos indican haber tenido que sufragar alrededor de B/. 400.00 a B/. 600.00 dólares para poder llegar a la Ciudad de Panamá.
- De los entrevistados que indicaron haber pasado por la selva del Darién, 3 indicaron abiertamente no haber pasado por conflictos o situaciones riesgosas.

Problemas y necesidades en salud

- La mitad reportaron no haber recibido o buscado atención de salud en Panamá, ya sea porque sienten que gozan de una salud excepcional, miedo a que sean deportados o por desconocimiento de las entidades correspondientes aquí en Panamá. Mientras tanto, los otros 10 comentan haber ido a buscar atenciones de

salud, ya sea, en los sectores públicos o privados. Solo dos de ellos se han atendido en el sector privado y comentan que fue costoso.

- Muy pocos participantes comentaron haber asistido a Centros de Salud donde no se les atendió por no tener sus documentos personales.
- Unos cuantos entrevistados comentaron haber tenido algún diagnóstico por infección de transmisión sexual, siendo así: 1 por sífilis (recibió tratamiento antes de llegar a Panamá), 1 por VPH (recibió tratamiento en su país de origen) y 1 por VIH.
- El participante viviendo con VIH indicó estar en tratamiento con los medicamentos que trajo de su país de origen, pero hasta el momento no había buscado centros de atención para continuar con el mismo. Se le da orientación, consejería y se refiere a las entidades correspondientes.
- Solo unas cuantas personas comentaron sobre enfermedades o molestias de salud que le aquejan actualmente, ya sea por asma, alergias, problemas con el colon, diabetes o hipertensión.

Violencia

- Más del 70% de los participantes indicaron haber pasado por alguna forma de violencia en sus países de origen. Unos cuantos de los participantes comentan haber pasado por situaciones de maltrato intrafamiliar, algunos comentan haber pasado por las situaciones de violencia por los conflictos sociopolíticos de sus países (secuestro, violaciones, extorción, robo), otros pasaron por conflictos armados y desplazamientos forzosos (amenazas, secuestro, violaciones) y el restante comenta haber pasado por alguna situación de violencia psicológica o física, pandillerismo o debido a su orientación sexual.

Salud Sexual

- Casi la mitad de los participantes indican mantener una pareja estable de larga duración, por lo cual, no se realizan pruebas rutinarias sobre VIH o infecciones de transmisión sexual. Los restantes reportaron haber tenido por lo menos alguna prueba sobre ITS en su vida debido a políticas laborales y chequeos anuales.
- Un tercio de los participantes comentaron utilizar condón como su principal método de prevención contra ITS.
- Unos cuantos de los entrevistados indicaron haber mantenido relaciones sexuales a cambio de algo que necesiten.
- Otras prácticas que pueden afectar la salud y Factores protectores de salud y bienestar

- Solo un participante indicó utilizar drogas recreacionales y luego mantuvo relaciones sexuales.

9. Agradecimientos

Agradecemos la participación y el apoyo brindado por los equipos locales de PASMO y las organizaciones de la sociedad civil que colaboraron en la implementación del proyecto: Grupo Gay Amazonas, Una Mano Amiga en la lucha contra el SIDA A.C., Casa Frida Tapachula, Centro Comunitario para la Inclusión A.C., a la agencia de investigación CID Gallup y a los organismos gubernamentales locales que permitieron y apoyaron la implementación del estudio en cada país.