

Informe de la consultoría:

DIAGNÓSTICO SOBRE LA MUJER MIGRANTE

retornada y su acceso a la
salud sexual y reproductiva
en su proceso de
movilidad humana



Informe de la consultoría:

DIAGNÓSTICO SOBRE LA MUJER MIGRANTE

retornada y su acceso a la
salud sexual y reproductiva
en su proceso de
movilidad humana



CONTENIDO

5	Siglas
6	Introducción
8	Capítulo I: Marco analítico y referencial de las mujeres retornadas
8	1. Implicaciones teóricas en torno a salud y la migración
13	Capítulo II. Contexto social y económico de las mujeres migrantes retornadas
13	2.1 Análisis económico, social y estadístico sobre las mujeres migrantes retornadas
16	2.2 Gobernanza de la migración en el ámbito internacional y nacional
17	2.3 Aspectos del retorno a las mujeres migrantes en los centros de atención
20	Capítulo III. Enfoque metodológico
20	3.1 Definición del universo de estudio, criterios de selección y abordaje de los casos
20	3.2 Definición y composición del caso
21	3.3 Métodos e instrumentos de recopilación de datos
21	3.4 Resultados del trabajo de terreno
23	Capítulo IV. Análisis
23	4.1 Estudio de casos en atención al acceso a la salud y salud sexual y reproductiva en el marco de la pandemia COVID-19
30	4.2 Análisis de las entrevistas realizadas con instituciones u organizaciones de la sociedad civil en materia de salud sexual reproductiva para mujeres deportadas en el marco del COVID-19
37	Conclusiones y recomendaciones
37	Conclusiones
38	Recomendaciones
40	Glosario
43	Bibliografía

SIGLAS

ACNUR:	Agencia de la ONU para los Refugiados
APS:	Atención Primaria de Salud
CAMI:	Centro de Atención al Migrante Irregular
CAMR:	Centro de Atención al Migrante Retornado
CANFM:	Centro de Atención a Niñez y Familia en Migración
CDC:	Centro para el control y prevención de enfermedades
CENISS:	Centro Nacional de Información del Sector Social
CICR:	Comité Internacional de Cruz Roja
CIS:	Centro Integral de Salud
CONADEH:	Comisión Nacional de Derechos Humanos
CONAMIREDES:	Comisión Nacional de Apoyo a Migrantes Retornados con Discapacidad
CONMIGHO:	Observatorio Consular y Migratorio de Honduras
CRH:	Cruz Roja Hondureña
DINAF:	Dirección Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia
EE. UU.:	Estados Unidos de América
FLACSO:	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
INM:	Instituto Nacional de Migración
ITS:	Infecciones de Transmisión Sexual
LGTBIQ:	Lesbiana, Gay, Trans, Bisexual, Intersexual, Queer...
MSF:	Médicos sin Fronteras
OIM:	Organización Internacional para las Migraciones
OMIH:	Observatorio de Migraciones Internacionales en Honduras
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONG:	Organización no gubernamental
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
SEDESOL:	Secretaría de Desarrollo Social
SESAL:	Secretaría de Salud Honduras
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SRECI:	Secretaría de Relaciones Exteriores y de Cooperación Internacional
SSR:	Salud Sexual Reproductiva
UNAH:	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
WOLA:	Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en su Informe sobre las migraciones en el mundo (2022), existe un significativo número de mujeres que cruzan las fronteras presionadas por las situaciones de conflictos armados o persecución, por las condiciones de pobreza, deterioro ambiental, desastres naturales y otras que afectan su bienestar y el de sus familias.

Entre los factores culturales que explican este fenómeno se encuentran, según la OIM (2015), la presión familiar o del entorno, la violencia intrafamiliar, el abuso sexual o los usos y costumbres propios de una cultura que coarta las posibilidades de crecimiento y desarrollo personal de las mujeres. Muchas son inducidas u obligadas a viajar por delincuentes internacionales que se dedican a la trata de personas para fines de prostitución, servicios sexuales entre otros.

Migrar siendo mujer implica exponerse a diversos riesgos a la salud y a la vida: agresiones sexuales y experiencias de relaciones sexuales forzadas por presión, necesidad de supervivencia, intercambio de protección, dinero y/o bienes —ya sea por autoridades migratorias mexicanas, «coyotes», u otros migrantes— (Temores-Alcántara et al., 2015 citado en Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva, 2020).

Si bien los flujos migratorios de mujeres han aumentado en algunas regiones, varios trabajos apuntan a que lo que ha registrado una transformación más significativa es el rol de las mujeres en el proceso migratorio: hoy en día, más mujeres migran de manera independiente y no como dependientes de otros familiares (Paiewonsky, 2007).

De cara a esta problemática, el presente diagnóstico permitirá analizar la situación de mujeres migrantes retornadas en torno al acceso a atención de salud y salud sexual y reproductiva y su condición de exposición a la pandemia del COVID-19 en el periodo del 2019-2022. Se presentan los resultados vinculados a las entrevistas de las mujeres retornadas y, de esta manera, a través de la recopilación de información sobre la trayectoria vital seguida —desde el momento que toman la decisión de migrar hasta que las deportan—, se permite contar con información relevante para la toma de decisiones por parte de asociaciones, organismos e instituciones que se ocupan de la temática, así como también se ponen en manifiesto los vacíos todavía existentes en términos de información oficial para así pavimentar la ruta hacia la obtención de respuestas focalizadas a los desafíos que enfrenta las mujeres migrantes retornadas.

Capítulo I

Marco analítico y referencial
de las mujeres retornadas



Capítulo I:

Marco analítico y referencial de las mujeres retornadas

1. Implicaciones teóricas en torno a salud y la migración

La movilidad humana hace referencia a todas las formas de movimiento de las personas, el cual es más amplio que el término migración, en la medida que incluye diversas motivaciones que impulsan a las personas a iniciar el ciclo migratorio.

La feminización de la migración es la creciente participación de la mujer en los movimientos migratorios. Las mujeres se desplazan hoy con mayor independencia y ya no en relación con su posición familiar o bajo la autoridad del hombre (el 48 por ciento de los migrantes son mujeres).

Como lo establece la Agenda 2030, si el propósito es no dejar a las mujeres y niñas migrantes atrás (PNUD, 2017), los esfuerzos deben estar encaminados a promover acciones públicas concretas que favorezcan su empoderamiento y autonomía como objetivos de desarrollo, por medio de procesos de planificación nacional y local. Al migrar, las mujeres se encuentran con dificultades específicas de género que afectan el fortalecimiento de sus capacidades y el acceso a recursos materiales y sociales que componen los medios de vida. (PNUD, 2021, p. 13, 18)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022) define la salud como «un estado de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de una enfermedad o padecimiento» (párr. 1). En el contexto de la migración, esto significa el bienestar físico, mental y social de los migrantes y de poblaciones en desplazamiento.

Por otra parte, el derecho a la salud es un derecho humano universal, por tanto, los Estados tienen la obligación legal de asegurar el acceso a una atención sanitaria que esté disponible, sea aceptable, asequible con calidad y calidez. Además, debe ir de la mano de la provisión de otros factores determinantes de la salud, tales como agua potable y segura, saneamiento, comida, vivienda, información y educación en relación con la salud, e igualdad de género (Médicos del Mundo, 2018).

La OMS define la salud sexual y reproductiva como «el estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida» (citado en Asociación Mujeres Opañel, 2020, p. 1).

Según la Asociación Mujeres Opañel (2020), la salud sexual y reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria y la libertad de decidir si quieren tener hijos y/o hijas, cuándo y con qué frecuencia (p. 2).

1.1 Factores que afectan a la mujer migrante respecto a la atención en salud

El estrés de la migración, la ruptura con las redes sociales previas, los factores culturales y religiosos, el escaso acceso a los servicios sanitarios y la discriminación en el sistema de salud son hechos frecuentemente señalados como principales causas de la mayor vulnerabilidad que afrontan las mujeres migrantes.

Un factor adicional es la exposición significativa a diferentes enfermedades que sufren las trabajadoras migrantes, consecuencia no solo de las características de los trabajos a los que acceden, sino también por otros factores que les afectan directamente. En general, en los diferentes sectores, las mujeres están expuestas a largas y agotadoras jornadas laborales, a realizar trabajos rutinarios o mecánicos, con mínimos espacios de esparcimiento, y muchas de ellas además están obligadas a vivir en un sistema de reclutamiento en condiciones habitacionales sumamente precarias. (Organización Internacional para las migraciones, 2015, p. 21)

La condición de salud de las mujeres migrantes tiene un estrecho vínculo con su experiencia migratoria. La salud es un reflejo de varias condicionantes físicas, sociales y económicas presentes tanto en su lugar de origen como de destino.

Desde la perspectiva de la salud pública, el vínculo entre migración y salud involucra todas las fases del proceso migratorio dentro de las comunidades de origen, tránsito, destino y retorno, así como todos los patrones de movilidad existentes, incluyendo migración irregular y migración circulatoria. Concretamente, los flujos migratorios tanto de entrada como de salida comprenden un grupo heterogéneo de personas, cada una con determinantes, necesidades y vulnerabilidades sanitarias potencialmente diferentes. (Sierra et al., 2020, p. 9)

Según la Guía de atención en salud para la población migrante, entre los diferentes problemas específicos en salud física y mental que afectan a la mujer migrante durante la ruta migratoria se observan:

Las situaciones de discriminación, explotación, acceso limitado a los servicios de salud y apoyo psicosocial, la exposición a procesos infecciosos transmisibles (tuberculosis, VIH, etc.), los traumatismos físicos, abusos, violencia física y/o sexual, patologías crónicas desatendidas (diabetes, enfermedades cardiovasculares).

Por su afectación y mayor vulnerabilidad, las mujeres que sufren situaciones de violencia, en particular la violencia de género (violencia sexual), la esclavitud sexual y prostitución forzada, requieren atención específica en salud mental. Los siguientes factores afectan a la mujer migrante respecto a la atención en salud:

- Constante movimiento que dificulta la atención en salud y el adecuado seguimiento de los padecimientos médicos y de salud mental.
- Ausencia de expediente médico u otros documentos (ej. carné de vacunación), lo que limita la identificación de necesidades y el seguimiento oportuno y de calidad.
- Difícil acceso a la asistencia médica debido a:
 - Temor a ser víctima de extorsión o amenazas
 - Miedo a represalias y ser maltratados
 - Presión de los traficantes (coyotes)
 - Miedo a la falta de confidencialidad de los trabajadores de la salud
 - Necesidad de continuar en la ruta migratoria lo antes posible
 - Miedo a ser estigmatizados o (socialmente) excluidos
 - Falta de medios monetarios (económicos). (SESAL, 2020, p. 28)

1.2 La salud y derechos sexuales y reproductivos

El derecho a la salud sexual reproductiva (SSR) implica la obligación de los Estados de respetar, proteger y garantizar los derechos que le permitan a las personas vivir el estándar más alto de bienestar físico y mental (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2021).

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2022), gozar de una buena salud sexual y reproductiva incluye tener un buen estado físico, mental y social sobre las diferentes dimensiones del sistema reproductivo; asimismo, es considerar la libertad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria, que incluye decidir si procrear o no, elegir cuándo y con qué frecuencia (párr. 1). Consecuentemente, incluye tener información para conocer métodos anticonceptivos, así como de las enfermedades e infecciones de transmisión sexual. En las mujeres, en específico, se debe considerar, también, la higiene menstrual, el embarazo, el parto y el período posterior a este.

La recomendación general n.º 24 de la CEDAW señala que los Estados deben ser garantes del derecho a la salud durante todo el ciclo de vida de una mujer, incluyendo la salud sexual y reproductiva. En ese sentido, se debe eliminar todas las formas de discriminación que bloqueen su acceso; asimismo, se debe considerar las demandas y atenciones especiales que requieren las mujeres en situación de movilidad humana.

Sin embargo, las mujeres migrantes no suelen gozar de este derecho, principalmente, por dos motivos: el primero tiene que ver con el bloqueo en el acceso a derechos y la interpelación que suele hacer la sociedad receptora cuando la población migrante decide optar por los «beneficios de bienestar universal», como salud o educación. Así, el no pertenecer originalmente a la sociedad o país de destino no es solo una sensación, sino que se materializa en discursos que van a excluir a esta población de políticas públicas.

En segundo lugar, no se visibiliza su importancia y más bien se prioriza otros servicios de salud, los cuales no solo no tienen enfoque de género, sino que no atienden necesidades básicas de esta población. En consecuencia, si bien varias mujeres migrantes pueden llegar al país de destino en buenas condiciones de salud, esta situación podría cambiar rápidamente.

En el caso de los embarazos, las mujeres migrantes son más propensas a la violencia obstétrica en comparación a mujeres nacionales, por lo que existe una relación directa con el riesgo de trastornos de salud mental, mortalidad materna y nacimientos prematuros. En el estudio de Heslehurst (2018), las mujeres solicitantes de asilo y refugiadas demostraron tener un mayor impacto en la afectación a su salud mental, donde fue más recurrente la depresión posnatal y aumento de la tasa de mortalidad debido a la misma, además de otras afectaciones a su salud física, producto de la mala atención perinatal.

Es importante señalar que las mujeres migrantes están más expuestas a tener embarazos no deseados, siendo una de las principales razones de muerte y secuelas, ya que son embarazos mal llevados o sin acompañamiento médico. En cuanto a métodos anticonceptivos, Agadjanian y Hyun (2018) señalan que las mujeres en situación migratoria regular tienen un mejor entendimiento sobre su ciclo reproductivo, por lo que no solo consideran mejores métodos para no salir embarazadas, sino que demandan mejores condiciones en las políticas de salud. Este último detalle es clave, dado que se podría considerar que los flujos migratorios podrían influir positivamente en los cambios de las políticas sociales de un país, ampliando derechos que también impactan en las y los nacionales. (Arévalo León, 2021, párr. 2-7)

Las mujeres migrantes enfrentan situaciones que atentan contra vulneración a su derecho a decidir y ejercer libre y de forma informada su reproducción. Las mismas condiciones que empujan a la gran mayoría de las mujeres más allá de sus fronteras, son las que conspiran contra este derecho. Las mujeres pobres, jóvenes y con menores niveles de escolaridad son quienes, por efecto del propio perfil sociodemográfico que las define, tienen menores grados de libertad frente a su comportamiento reproductivo y a la vez son quienes se encuentran ante mayores riesgos respecto a la integridad de su salud sexual y reproductiva. (OIM, 2015, p. 21)

Para resumir, los derechos sexuales y reproductivos implican tomar decisiones sobre la vida sexual y reproductiva con libertad, confianza y seguridad, y otorgan:

- La libertad a las personas para ejercer la sexualidad de manera saludable, sin ningún tipo de abuso, coerción, violencia o discriminación. La sexualidad comprende la actividad sexual, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción.
- La libertad a las personas para decidir si tener o no hijos, la cantidad y el espaciamiento entre ellos, el tipo de familia que se quiere formar, acceder a información y planificación para hacerlo, a métodos anticonceptivos y al aborto legal y seguro, así como a los servicios adecuados sobre fertilización asistida y servicios de salud pre y post embarazo.

1.3 La COVID-19 en el contexto migratorio

En el contexto del COVID-19, las políticas migratorias restrictivas cobraron mayor importancia en todo el mundo, afectando, entre otras cosas, a la gestión de fronteras, los requisitos exigidos para la entrada y la duración de los períodos de estancia. Esta situación se complicó aún más por la pandemia, que paralizó temporalmente la migración y la movilidad en el planeta entero y obligó a todos los países a reevaluar sus políticas de migración y fronteras ante las nuevas realidades que regirán en el mundo después de la pandemia. (OIM, 2021, p. 223)

La pandemia generó tal desesperación que las mujeres migrantes decidieron regresar a sus países pese a haber tenido que huir de ellos por las dificultades socioeconómicas. Las cuarentenas obligatorias a la llegada al país se aplicaron en muchos casos en condiciones insalubres, incluso, a veces, sin acceso a agua corriente o a servicios de atención de salud; algunas de las mujeres que retornaban fueron encerradas en instalaciones gubernamentales, sin un plazo definido para la puesta en libertad. Estas situaciones tuvieron más vicios de detenciones arbitrarias que de medidas de protección (OIM, 2021, p. 171).

Según UNFPA¹ (2020), el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo servicios planificación familiar y servicios para la prevención y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, se redujo de manera significativa. Las consecuencias sin precedentes de esta pandemia y las medidas restrictivas impuestas por la mayoría de los países han tenido una repercusión negativa en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva que salvan vidas y en la respuesta a la violencia basada en el género, en momentos en los que las mujeres necesitaban más estos servicios.

.....
¹ Propiamente, la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA-LACRO).

Capítulo II

Contexto social y económico
de las mujeres migrantes
retornadas



Capítulo II.

Contexto social y económico de las mujeres migrantes retornadas

2. Análisis económico, social y estadístico sobre las mujeres migrantes retornadas

Las mujeres conforman casi la mitad de los 272 millones de migrantes. En muchas ocasiones, son cuestiones de género las que las obligan a salir de sus países; por ejemplo, el contexto de violencia sexual o basada en género en sus países de origen o la feminización de la pobreza. Si bien es difícil tener cifras confiables sobre la prevalencia, ya que hay varios obstáculos para la revelación de estos incidentes, se sabe que entre 24-80 % de mujeres migrantes y refugiadas experimentan alguna forma de violencia sexual en su tránsito. (OIM, UNHCR-ACNUR y ONU Mujeres, 2020, p. 1)

Según Cortés y Manjarrez (2017), en los últimos quince años, estos movimientos migratorios «irregulares» hacia Estados Unidos se han producido en un contexto de incremento de la inseguridad y, por tanto, de mayor vulnerabilidad de las personas migrantes frente a amenazas de extorsión, asalto, violación, secuestro e incluso homicidio, y de los preocupantes y elevados niveles de violencia de género. Esta situación se ha acentuado y agravado por el aumento de la violencia en México, Honduras, El Salvador y Guatemala, así como por el endurecimiento cada vez mayor del control fronterizo en el sur de Estados Unidos y la continuidad de las acciones de retención de migrantes indocumentados por el gobierno mexicano a lo largo de todo el país.

El Instituto Nacional de Migración mexicano (INM) registra cada año 140 000 casos de personas centroamericanas cuya intención es llegar a los EE. UU. Al mismo tiempo, Estados Unidos deporta a 104 000 centroamericanos en promedio, de los cuales 45 000 son mujeres centroamericanas sin documentos migratorios (Nájera Aguirre, 2016, p. 255), y el 70 % de estas mujeres sufre algún tipo de abuso sexual (Cortés y Manjarrez, 2017, p. 86). Por otro lado, algunas organizaciones de la sociedad civil, organismos no gubernamentales y organizaciones ciudadanas estiman que esta cifra ha aumentado considerablemente, llegando a alcanzar la cifra de 300 000 – 450 000 según la ONU.

Al analizar el mercado laboral, el problema principal en términos de empleo que surge del riesgo asociado a la condición de género de las personas migrantes es

la discriminación que sufren las mujeres (CEPAL, 2018). Ejemplos relevantes son la falta de regulación del sector de mayor inserción laboral femenina —el servicio doméstico y el de cuidados—, lo que conlleva la vulneración de los derechos laborales de las mujeres, su derecho al cuidado y su acceso a servicios de salud, particularmente de salud sexual y reproductiva, donde encuentra a menudo obstáculos y limitaciones. (PNUD, 2021, p. 9)

«Cada vez más mujeres migran por su cuenta, ya que existe una creciente demanda de empleos generalmente manejados por mujeres, en particular el trabajo doméstico y las actividades de cuidado y atención» (PNUD, 2021, p. 9), es decir, existen causas no solo internas de país sino externas, en este caso relacionadas con mercado laboral.

Una causa por las mujeres migrar es para escapar de la violencia doméstica y de género en sus países de origen. La migración ocurre en el marco de contextos marcados por desigualdades de género. Las mujeres son empleadas en los trabajos peor remunerados, sufren aislamiento, explotación y acoso sexual. (PNUD, 2021, p. 9)

En relación con el análisis estadístico, es preciso acotar que en el periodo comprendido entre 2019 y septiembre de 2022 —específicamente hasta el 30 de diciembre de 2019— se recibió en el país un total de 110 185 nacionales retornados a Honduras. Esta cifra se redujo a 36 588 en el año 2020 como producto de la pandemia del COVID 19, sin embargo, aumentó en valores absolutos a 52 968 durante el 2021. En el 2022 esta cifra de retornados continúa en aumento al cierre del mes de septiembre con un total de 72 111 personas.

Tabla 1. Población hondureña retornada/deportada (años 2019-2022)

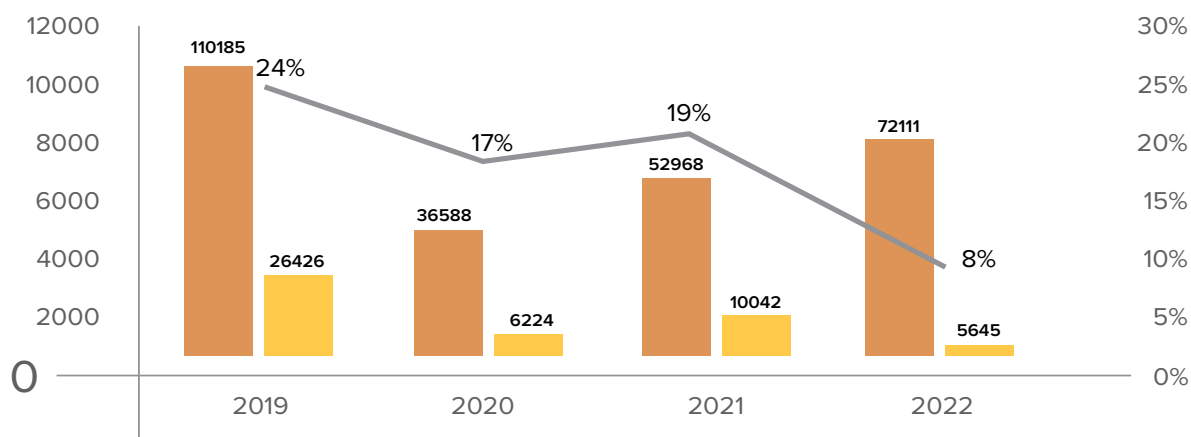
Mes/año	2019	2020	2021	2022
Enero	4711	8193	2903	6117
Febrero	6521	5838	4125	8538
Marzo	8621	3300	6112	9551
Abril	11421	2861	4669	8320
Mayo	13 004	1805	5645	9024
Junio	15 691	1477	4511	10 071
Julio	12 179	2162	4314	9153
Agosto	10 788	2546	4554	7012
Septiembre	8713	3139	4307	4325
Octubre	8028	3821	3557	
Noviembre	5921	758	3,354	
Diciembre	4587	688	4917	
Total	110 185	36 588	52 968	72 111

Fuente: Elaboración propia según datos de Observatorio Consular y Migratorio de Honduras (CONMIGHO)

En el Gráfico 1 se observa, al comparar la información estadística de la población total retornada versus las mujeres retornadas², que en 2019 fue mayor el porcentaje de mujeres retornadas con un 24 % (26 424); el porcentaje en 2020 fue de 17 % (6224); en el 2021 se incrementó la relación a 19 % (10 042); y, al cierre de septiembre del 2022, existe una relación del 8 % (5545).

.....
² Se utilizará la palabra *retornadas* por ser un indicador que se registra en los informes estadísticos oficiales de CONMIGHO.

Gráfico 1. Relación de mujeres hondureñas retornadas/deportadas (2019 – sep. 2022)



Fuente: Elaboración propia según datos de Observatorio Consular y Migratorio de Honduras (CONMIGHO)

De acuerdo con la información de CONMIGHO sobre el comportamiento de las mujeres migrantes retornadas de los diferentes países, **México registró la mayor cantidad de mujeres retornada y/o deportadas**, debido a que este país es la ruta obligatoria hacia los Estados Unidos. En el 2019 retornaron al país 20 042 en total, siendo 5220 de Estados Unidos y 1161 de Centroamérica (Véase Tabla 2).

El comportamiento es similar en los años 2020 y 2021. El país en donde se registraron mayores deportaciones fue de México. Según el Boletín Informativo n.o 1 OMIH-FLACSO-2019, uno de los factores que contribuye al mayor porcentaje de deportaciones por parte de México es que las hondureñas, al ser detenidas en Estados Unidos, buscan ser retornadas a México debido a la cercanía con la frontera norte, lo cual minimiza e implica menos recurso económico para reiniciar la ruta migratoria. Para lograr dicho retorno, utilizan estrategias como mentir acerca de su nacionalidad, no portar documentos de identidad en el momento de detención, poseer documentos de identidad mexicanos falsos o pagar soborno (Rubio y Andrade, 2015).

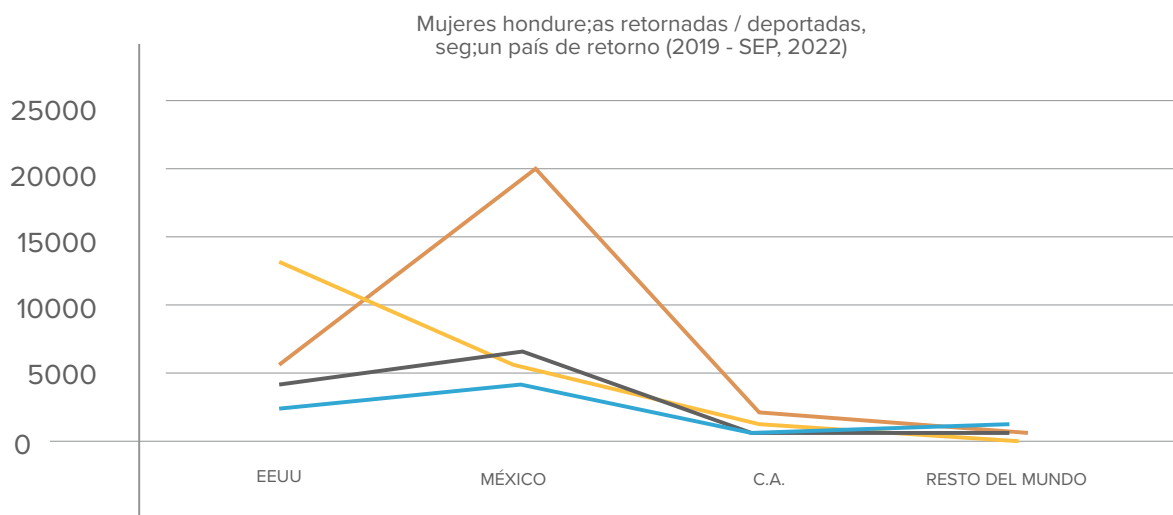
Según el análisis documental, dado el creciente incremento de flujos migratorios a pesar de los avances en la institucionalidad gubernamental relativos a los programas y proyectos existentes para ayudar a las mujeres deportadas, aún no se ha consolidado un sistema de información estadístico que permita una intervención efectiva por parte de las instituciones públicas.

Tabla 2. Mujeres hondureñas retornada/deportadas, según país de retorno (periodo 2019 – sep. 2022)

País de retorno	2019	2020	2021	2022
EE. UU.	5220	2286	3701	13 523
México	20 042	3729	6154	5492
Centroamérica	1161	188	186	94
Resto del mundo	3	21	1	59
Total	26 426	6224	10 042	19 168

Fuente: Elaboración propia según datos de Observatorio Consular y Migratorio de Honduras (CONMIGHO)

Gráfico 2. Mujeres hondureñas retornadas/deportadas, según país de retorno (2019 - sep. 2022)



Fuente: Elaboración propia datos de Observatorio Consular y Migratorio de Honduras (CONMIGHO)

A septiembre de 2022, se registran 13 523 deportaciones de mujeres de Estados Unidos, 5492 deportaciones de México y, en menor cantidad, 94 de Centroamérica y 59 del resto mundo (véase Tabla 2). Las deportaciones por vía terrestre, tanto desde México como del resto de Centroamérica, ocurren a través de las fronteras de Corinto, Agua Caliente, El Florido, El Naranjo, Amatillo y el Poy; por la vía aérea, llegan de Estados Unidos por los aeropuertos de Villeda Morales, Toncontín y Golosón.

2.2 Gobernanza de la migración en el ámbito internacional y nacional

En Honduras se han hecho esfuerzos importantes para promover una migración segura, ordenada y regular y por fortalecer la protección de personas en condición de refugio. El Convenio Centroamericano de Libre Movilidad (CA-4), firmado por Honduras en 1991, permite el tránsito de personas sin necesidad de pasaporte y con trámites migratorios expeditos. Asimismo, Honduras es parte de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 y su protocolo de 1967, y cuenta con regulaciones que usan la definición de refugiado de la Convención de 1951, como la definición regional de la Declaración de Cartagena sobre Refugiados (1984).

Honduras ha suscrito la mayoría de los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos en el marco normativo internacional regional y local del tema migratorio, así como en la suscripción del Convenio Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares de 1990 (ratificado en 2005), el tratado de la ONU que busca el respeto de los derechos de los trabajadores migrantes y de sus familias.

Por otra parte, Honduras estableció el Decreto N.º 99 del 2020, que asegura medidas de prevención y atención para la violencia contra las mujeres e incluye acciones tomando en cuenta la Convención sobre la Eliminación de

Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), que es el tratado internacional más amplio sobre derechos humanos de las mujeres. La CEDAW define la discriminación como toda diferencia en el trato —ya sea por distinción, exclusión o restricción— por motivo de sexo, cuyo objeto o resultado sea menoscabar o anular el reconocimiento, disfrute o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil y en igualdad con el hombre, de sus derechos humanos y libertades fundamentales en todas las esferas de la vida.

En el tema de salud, en el marco jurídico hondureño no existe una referencia expresa al acceso a los servicios de salud diferenciado a las mujeres migrantes debido a que Honduras ha sido tradicionalmente un país de origen de personas migrantes, más que de tránsito o destino. No obstante, el derecho a la salud se encuentra también reconocido para personas migrantes en general en el artículo 145 de la Constitución Política de la República de Honduras: «Se reconoce el derecho a la protección de la salud. Es deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad» (citado en SESAL, 2020).

Por otra parte, el Código de Salud de Honduras (Decreto 90-97) señala que el derecho a la salud es un derecho humano inalienable que, al ser reconocido como tal, también debe garantizarse para personas migrantes. La ley establece lo siguiente:

Artículo 1: La salud, considerada como un estado de bienestar integral, biológico, psicológico, social y ecológico, es un derecho humano inalienable y corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales o jurídicas, el fomento de su protección, recuperación y rehabilitación.

El Poder Legislativo ha desarrollado dos instrumentos normativos muy importantes que son la columna de la política actual vigente, La Ley de Migración y Extranjería (Decreto n.º 208 de 2003) y su Reglamento (Acuerdo n.º 008 de 2004), y la Ley de Protección de los Hondureños Migrantes y sus Familiares (Decreto n.º 06 de 2013) y su Reglamento (Acuerdo n.º 001 de 2015).

La Ley de Protección de los Hondureños Migrantes y sus Familiares, según el Artículo 26, da vida a la creación de la Dirección General de Protección al Hondureño Migrante de la SRECI, que, a través de la Oficina de Asistencia al Migrante Retornado (OFAMIR), tiene a su cargo la ejecución de políticas y programas de retorno de los migrantes hondureños de acuerdo con lo establecido en ley y la Ley contra la Trata y el Tráfico de personas (Decreto 59-2012), contra la trata, explotación sexual comercial y el tráfico ilícito de personas, adscrita a la Dirección General de Fiscalías y con jurisdicción a nivel nacional.

2.3 Aspectos del retorno a las mujeres migrantes en los centros de atención

Según la Guía de atención en salud para la población migrante, las mujeres retornadas ingresan al territorio hondureño «por vía terrestre, aérea y/o marítima a través de la zona norte del país, específicamente el departamento de Cortes, bajo resguardo y acompañamiento institucional de las autoridades nacionales e internacionales de Migración» (SESAL, 2020, p. 24).

La forma de retorno al país, así como el lugar de recepción, depende de la normativa establecida por la Dirección General de Protección al Hondureño Migrante (dependencia adscrita a la SRECI), en la cual se toman en consideración algunos factores:

Lugar de procedencia

- Guatemala y la zona sur de México retornan vía terrestre
- Zona norte de México y Estados Unidos regresan vía aérea
- Belice, vía marítima
- Sexo y edad de la población migrante
- Presencia de grupos familiares y de niñas, niños y adolescentes no acompañados
- Necesidades de retorno específicas, como ser los casos con problemas de salud física y mental
- Migrantes retornados/as con necesidades de protección/desplazamiento interno

Considerando estos factores, las mujeres retornadas, tras su llegada al país, son atendidas en los Centros de Atención al Migrante Retornado (CAMR) que existen en la zona, como ser:

- Centro de Atención del Migrante Retornado OMOA (CAMR-OMOA). Ubicado en el Municipio de Omoa, Cortes. Recibe principalmente adultos repatriados por vía terrestre desde Guatemala y la zona sur de México y por vía marítima desde Belice.
- Centro de Atención del Migrante Retornado SAN PEDRO SULA (CAMR-SPS). Ubicado en el aeropuerto Ramón Villeda Morales en el municipio de Lima, Cortes. Recibe principalmente adultos y grupos familiares repatriados por vía aérea desde la zona norte de México y de Estados Unidos.
- Centro de Atención a Niñez Familia en Migración BELEN (CANFM-BELEN), ubicado en San Pedro Sula, este centro recibe familias completas, niños, niñas y adolescentes acompañados o no, repatriados desde Guatemala, México y de Estados Unidos. En el caso de las familias, niños y adolescentes, independientemente por cual centro ingresen al país, todos son trasladados hacia el CANFM-BELEN, lugar en el cual se realiza el registro migratorio, la atención en salud física y mental y la evaluación por parte de DINAF.

Los CAMR brindan los siguientes servicios durante la permanencia de dos a cuatro horas de las mujeres migrantes en el centro: alimentación; proceso migratorio con sistema biométrico; información sobre la oferta social del Gobierno; captura de datos para la ficha de registro; transporte hasta sus lugares de origen (principales ciudades) en el país; atención médica y atención psicológica; llamada telefónica nacional o internacional; vestuario; alojamiento (principalmente en CAMR-OMOA y CANFM-BELEN); y atención en protección para personas desplazadas por la violencia, en coordinación con organismos internacionales, como el Comité Internacional de Cruz Roja, ACNUR y el Consejo Noruego para Refugiados. (SESAL, 2020, pp. 24-25).

Capítulo III

Enfoque metodológico



Capítulo III.

Enfoque metodológico

El enfoque metodológico adoptado es de tipo cualitativo. En las secciones anteriores se realizó un diagnóstico de tipo documental que se valida y se complementa con estas entrevistas, que suponen el interés por comprender los cambios que puedan haber ocurrido en las vidas de las mujeres retornadas y sus familiares a partir de una imagen compleja que detalla la realidad y se basa en las apreciaciones y en el discurso que los propios actores clave tienen acerca de la temática (ver Anexo Lista de Entrevistas).

Este enfoque es de utilidad para incluir nuevos elementos en función de los hallazgos dentro de un proceso de reflexión y de diálogo que buscó integrar las perspectivas de la consultora, de las mujeres retornadas, instituciones y organizaciones de la sociedad civil consultadas.

3.1 Definición del universo de estudio, criterios de selección y abordaje de los casos

Para la definición del universo, se tomó un conjunto de información suministrada por una selección no muy amplia de personas (u otras fuentes, según el caso) para abordar con mayor profundidad los elementos que permitieron comprender la realidad. Si bien no se buscó representatividad en términos estadísticos, fue importante que la selección de casos reflejara la diversidad del universo, permitiendo de esa manera un acercamiento más profundo a la realidad, por considerar las diferentes perspectivas y elementos presentes.

Para esta investigación, se analizó la composición del universo con base en los siguientes criterios considerados relevantes:

- Mujeres retornadas, madre cuidadora de población retornadas y población de la diversidad sexual (residentes en el Departamento de Francisco Morazán y Comayagua, y que hayan tenido contacto con FONAMIH).
- Instituciones u Organizaciones de la Sociedad Civil que estén relacionados o que estén realizando acciones de su ámbito institucional con el tema de investigación.

En relación con estos criterios, se determinó la diversificación de los casos, buscando reflejar las diferentes categorías derivadas del análisis del universo. Para el estudio de casos en principio, se estableció el objetivo de alcanzar al menos un total de 5 casos, por la limitante del tiempo de la consultoría.

3.2 Definición y composición del caso

Para este estudio, un caso está definido por la situación de las mujeres migrantes retornadas en torno al acceso a la salud y salud sexual y reproductiva y su condición de exposición a la pandemia del COVID-19. De manera adicional, se recurrió a entrevistas a otros actores, conocedores de la situación y que tienen

relación con la temática investigada en caso o del entorno y relación con la temática de estudio.

A continuación, se describe la tipología de actores claves que fueron entrevistados para este estudio:

- Mujer retornada. Mujer que haya transitado la ruta migratoria y que por situaciones diferentes la hayan deportado.
- Familiares de población retornada/deportada. Persona adulta que haya convivido o que conviva actualmente con una persona deportada y que tenga alguna responsabilidad sobre su cuidado por problemas de salud. Se consideró deseable entrevistar a la madre o al padre, o a alguna persona que haya tenido o tenga actualmente mayor cercanía o responsabilidad con respecto a un migrante retornado.
 - a) Población de la diversidad sexual. Persona adulta migrante deportada de la comunidad LGBTQ+.
 - b) Actores claves. Personas referentes de programas o proyectos de instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil (OSC) que poseen un conocimiento general de las mujeres migrantes retornadas en torno al acceso a la salud y salud sexual y reproductiva y su condición de exposición a la pandemia del COVID-19.

3.3 Métodos e instrumentos de recopilación de datos

Para esta investigación se utilizó básicamente el método de la entrevista semiestructurada, siguiendo el problema central: Mayor vulneración del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes retornadas. Este tipo de entrevistas supone respetar el hilo del discurso de la persona entrevistada, aun cuando se pretende cubrir todos los aspectos planteados en el instrumento. Se elaboraron los siguientes cuestionarios diferenciados para cada tipo de actor entrevistado: a) Cuestionario para mujeres y población retornada; y b) Cuestionario para instituciones y organizaciones de la sociedad civil (OSC).

3.4 Resultados del trabajo de terreno

El trabajo de terreno dio como resultado la identificación de 5 casos: mujeres retornadas, madre cuidadora y población de la diversidad sexual. En la mayoría de ellos, se realizó el mínimo establecido de entrevistas. También se registró un caso de una persona líder de la población de la diversidad sexual que no figuraba en las bases de datos; esta fuente no se descartó debido a que aportó información valiosa para los fines del estudio. Las entrevistas se realizaron en Distrito Central, in situ en Tegucigalpa (Francisco Morazán), disponiendo de un día específico, y la de Comayagua se hizo por medio de llamada telefónica.

Capítulo IV

Análisis



Capítulo IV.

Análisis

4.1 Estudio de casos en atención al acceso a la salud y salud sexual y reproductiva en el marco de la pandemia COVID-19

Estas y otras experiencias cualitativas y datos cuantitativos visibilizan la complejidad del fenómeno migratorio y los impactos que tiene en la vida y la salud sexual reproductiva de las mujeres. A continuación, se presentan las historias de mujeres retornas desde su experiencia y percepción de las diferentes situaciones que narraron como protagonistas. No se mencionan sus nombres por guardar la confidencialidad de cada una de las entrevistadas. Para este análisis, se utilizarán los estudios de casos como «una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares» (Eisenhardt, 1989, citado en Coello Gómez, 2020, p. 12).

4.1.1 Características sociodemográficas

El perfil de las mujeres migrantes retornadas que se entrevistaron en este estudio es heterogéneo en términos de edad, características y razones de movilidad, estado civil, nivel educativo, entre otras características. Las mujeres entrevistadas actualmente residen en el departamento de Francisco Morazán en el Distrito Central (4/5) y una ellas en Comayagua. La edad oscila en un rango entre 31 a 55 años de edad. Respecto a su nivel educativo, un 80 % tienen secundaria incompleta y el 20 % cursó hasta tercer grado, es decir, primaria incompleta. La mayoría (4/5) tiene una pareja y, en relación con su orientación sexual, un 60 % es heterosexual y un 40 % es perteneciente a la diversidad sexual, específicamente lesbiana y trans. Su casa de habitación es familiar y viven un promedio de seis personas en una casa de habitación. Algunas alquilan y la mayoría tiene hijos.

4.1.2 Situación laboral

De las mujeres entrevistadas, la mayoría trabaja (4 de 5) o tienen negocios propios, como la venta de ropa, pulperías, venta de cosméticos, meseras, vendedoras de tienda o trabajos de comercio sexual; sin embargo, una de ellas no trabaja. Los ingresos percibidos oscilan en un rango de L1000.00-5000.00.

4.1.3 La migración y la movilidad de las mujeres deportadas en entornos de vulnerabilidad y riesgo

Al momento de analizar las relaciones desarrolladas entre la situación de las mujeres migrantes deportadas en torno a la ruta migratoria, si bien hay una diversidad de situaciones y de modos de vinculación existentes, se intentan exponer algunos aspectos presentes en varios casos o que llamaron la atención por su particularidad o por representar diferentes patrones de dependencia.

Frente a esta situación, muchas de estas mujeres elaboran estrategias de protección y supervivencia para reducir los riesgos de la violencia criminal y feminicida. Por ejemplo, el travestismo: mujeres que se visten de hombre para reducir los riesgos durante el camino. Otras estrategias que las mujeres utilizan para reducir las posibilidades de sufrir actos de violencia es la de cruzar el tramo de Puebla usando el bus. Ante la falta de oportunidades para viajar de forma regular, otra de las opciones es viajar acompañadas. Así, las mujeres suelen contratar los servicios de un coyote o pollero que las transite hacia Estados Unidos. En cambio, las mujeres que no tienen recursos

suficientes para pagarse el viaje se ven obligadas a recurrir a «La Bestia» y a las elevadas probabilidades de ser violadas. En ambos casos, la invisibilidad es el común denominador: tratar de pasar desapercibidas es la única forma de «defensa».

La migración de las personas LGTBQ+ es una problemática que deriva principalmente por la violencia que se traduce en violaciones a sus derechos humanos en un contexto de discriminación por orientación sexual, identidad y/o expresión de género. La violencia de las pandillas, la pobreza y la falta de oportunidades impulsan a migrar, principalmente a Estados Unidos (SOMOS-FLACSO, 2020).

En contraste con el análisis documental y los testimonios que narran las experiencias de las entrevistadas, se observan situaciones que ponen de manifiesto la vulnerabilidad a las que están expuestas en la ruta migratoria.

¿Cuál es la razón principal por la que usted decidió migrar?

Caso 1: «Yo soy una madre de tres hijos. Quería darles una mejor educación a mis hijos. Solamente me fui una vez, y me fui porque no tenía empleo. La violencia en donde vivo es común». (Mujer retornada, 31 años, residente en el Distrito Central)

Cuando usted viajó, ¿qué dificultades experimentó?

«Entre las dificultades que experimenté, fue extorsión e intimidación. En la ruta de Guatemala me quitaron el teléfono, ya que era lo único de valor que tenía, ya que no llevábamos dinero. Mi hermana, que es menor de edad, iba conmigo. Los coyotes nos engañaron, nos dijeron que nos ayudarían a pasar de la frontera para no pasar por la migración de Guatemala. No presenté denuncias. El miedo es que fuera a ser violada».

¿Cuál es la razón principal por la que usted decidió migrar?

Caso 2: «Realmente, las personas se van del país porque no tienen recursos. Yo me fui en busca de trabajo y mejoras económicas, para darle una mejor educación a mis hijos y por delincuencia común donde uno vive. La ruta que hicimos fue de Tegus a San Pedro en bus y de San Pedro Sula a Aguas Calientes, para pasar Guatemala a ratos caminando y en jalón. Llegamos a frontera con México. Cada vez que me alejé de Honduras se sentía peor por desligarse de sus hijos, es duro dejar los hijos». (Mujer retornada, 32 años, residente en Tegucigalpa, DC)

¿Cuál es la razón principal por la que usted decidió migrar?

Caso 3: «Decidí migrar en busca de mejoras económicas. Tal vez hubiera terminado la escuela. Tres veces intenté llegar a Estados Unidos. Fui deportada de México, ya que sufrí un accidente: me caí del tren³ y me cortaron el pie de la rodilla hacia abajo». (Mujer migrante lesbiana, 31 años, residente en Tegucigalpa, DC)

Cuando usted viajó, ¿qué dificultades experimentó?

«La primera vez que me fui, tuve que pagarles a policías hondureños para dejarme pasar a Guatemala (un promedio de L6000.00). Sufrí de trabajo forzoso. Trabajaba en un bar en México. Me tenía que sentar con los clientes para que consumieran más y me acosaban; llegaban hombres al bar y me ofrecían ganar más dinero si me prostituía,

³ Las personas que cuentan con menos recursos y que viajan solas, suelen subirse a «La Bestia» con el fin de llegar a Ciudad de México. Subirse al tren es un riesgo en sí, porque hay que hacerlo en marcha, y eso exige agilidad y determinación. Mucha gente se queda atrás porque no se atreve. Y algunos se caen o tropiezan al subir, sufriendo graves accidentes que terminan con la amputación de alguna de las extremidades del cuerpo. (Cortés y Manjarrez, 2017)

pero no lo acepte, ya que no iba a eso. Observé como varias mujeres hondureñas se prostituían en México y ganaban mucho dinero. Eso que me ofrecían no era para mí. Las dificultades que enfrenté y sufrí fueron estafa, trabajo forzado y problemas de salud».

¿Cuál es la razón principal por la que usted decidió migrar?

Caso 4: «Soy madre cuidadora, mi hijo está en cuidados especiales. Él se fue por miedo a las pandillas». (Madre cuidadora de hijo deportado, 55 años, residente en Comayagüela, DC)

Cuándo usted viajó, ¿qué dificultades experimentó?

«Tuvimos que pagar \$3000.00 a un grupo criminal en México porque lo secuestraron, solo así me lo dejarían pasar a Estados Unidos. Pero de mala suerte trabajó en ese país y, por malos amigos, cae preso. Se intenta suicidar a raíz de ese intento y queda en un estado de salud de muerte cerebral y parapléjico. Ese fue el diagnóstico que me dijeron los doctores en Estados Unidos».

¿Cuál es la razón principal por la que usted decidió migrar?

Caso 5: «La población trans hace la ruta migratoria a jalon desde Honduras, pero hay un porcentaje que se van de Honduras porque son portadores de VIH. Para evitar la estigmatización y que no se den cuenta sus familiares prefieren irse del país. Otra situación es que sus familiares no aceptan su identidad de género. Son expulsados a veces por sus padres y reciben maltratos por hermanos, primos, entre otros. Se van con poco dinero (ahora L2000.00) y en la ruta migratoria ejercen comercio sexual para sobrevivir». (Mujer transgénero, 30 años, residente en Comayagua)

Cuando usted viajó, ¿qué dificultades experimentó?

«Las dificultades que pasan en la ruta migratoria son estafa, extorsión por policías, detención ilegal, violación, explotación sexual. La mayoría no pone la denuncia por temor a ser deportados. Sin embargo, son astutas. Saben qué hacer ante determinada situación. Para que los policías los pasen de las fronteras, pagan con favor sexual, o, a los camioneros que les llevan a jalon, les pagan de la misma manera. Prefieren eso a que les maten».

4.1.4 Efectos de la migración y las expectativas de las mujeres deportadas

Los efectos de la deportación son multidimensionales, el estudio de Izcara y Andrade (2015), señala que la deportación representa una experiencia traumática para quienes la enfrentan, especialmente para los migrantes de países centroamericanos, puesto que la mayoría mantiene la idea de regresar nuevamente a Estados Unidos, lo que implica un significativo costo económico-humano para ellos.

Según Cortés y Manjarrez (2017), la vulnerabilidad de las mujeres migrantes se concreta sobre todo en la situación de fragilidad e indefensión generada por los cambios del entorno (transitar por contextos desconocidos sin acceso a información, falta de información), desamparo institucional del Estado (bien porque no acuden a denunciar, o porque acudiendo, no han sido atendidas) y una situación de inseguridad permanente.

La violencia contra las mujeres aumenta dependiendo del medio de transporte utilizado para afrontar el viaje hacia EE. UU. Viajar en «La Bestia» es altamente peligroso por distintos motivos. Son frecuentes los robos, las extorsiones, los accidentes acompañados de lesiones leves y mutilaciones de alguna parte del cuerpo (son muchos

los casos de mujeres que ha sufrido algún tipo de accidente intentando subirse al tren en marcha cayéndose o sin conseguir montarse encima del mismo) y la violencia sexual (Cortés y Manjarrez, 2017).

En las entrevistas realizadas, se tiene la percepción de que las mujeres deportadas son personas que han fracasado en su meta de mejorar sus condiciones de vida. Sin duda, psicológicamente, la deportación representa un evento frustrante para las personas víctimas, en palabras de las consultadas:

¿Cómo fue el proceso de la deportación?

Caso 1: «Fui deportada hace más de un (1) año. Yo quería llegar a Estados Unidos. Me enviaron deportada desde México por falta de documentos. Caí en una redada. Venía de jalón en una volqueta, resulta que nos paran en un retén y nos bajaron. Cuando la migra comenzó a revisar, yo no tenía documentos. Cuando me trajeron deportada, entré por Omoa y lo que quería era irme para mi casa para ver a mis hijos».

¿Su estado físico cómo era?,

«Me sentía agotada de tanto caminar».

¿Qué esperaba cuando la deportaron?

«Esperaba encontrar un trabajo y que la situación del país mejorara, pero es lo mismo⁴. Qué decepcionante».

¿Cómo fue el proceso de la deportación?

Caso 2: «Hace más de 1 año me deportaron de México. Regresé en avión por San Pedro Sula. Lo único que quería era contactar a mi familia. Me enviaron de vuelta por faltas de papeles. En ese momento estaba en un albergue⁵. Mi experiencia del retorno es llegar sin experiencia alguna y con una mochila de sueños apagados. Esperaba, al regresar, encontrar un trabajo, pero, como en eso estaba la COVID-19, otras cosas se complicaron aquí en Honduras y no había trabajo. No me hicieron la prueba del COVID, porque venía comenzando lo de la pandemia. Nos enviaron a la casa».

¿Cómo fue el proceso de la deportación?

Caso 3: «Yo sufrí un accidente, me solté del tren. El tren estaba en marcha, me deslicé. Una llanta me agarró el pie. Como pude, me bajé. Unos amigos, al verme caída, se bajaron del tren y me ayudaron. Logré recostarme en un poste. Mis amigos llamaron a unos policías que estaban por allí y estos se comunicaron con Cruz Roja, que me dieron los primeros auxilios. Me llevaron a 3 hospitales. No sé cuánto se tardó en que me atendieran. Mi pie colgaba. Cuando por fin me atendieron en el último hospital, me amputaron de la rodilla para abajo el pie izquierdo. Me pusieron a firmar (autorización). En ese hospital estuve 11 días. Y de allí, a la cárcel. Estuve 17 días presa, en un cuarto sola. La prioridad era la atención psicológica y me daban comida. La Embajada de Honduras nunca me visitó. Mi experiencia más traumática fue perder un miembro de mi cuerpo. Estando en la cárcel, me arreglaron los papeles para deportarme y me enviaron por avión».

¿Qué esperaba cuando la deportaron?

Caso 2: «Esperaba que en mi país la situación económica mejorara, poner mi negocio y que la seguridad mejorara».

⁴ Ella actualmente no tiene trabajo

⁵ La función que tienen los albergues es de carácter humanitario. En estas instalaciones los migrantes reciben alimentos, el acceso a servicios higiénicos y un lugar seguro donde poder descansar una o dos noches para luego seguir su camino. Los albergues son, en muchas ocasiones, los únicos centros que ofrecen apoyo para los migrantes ante las constantes violaciones de los derechos humanos que han sufrido durante el trayecto (Cortés y Manjarrez, 2017).

¿Qué esperaba cuando la deportaron?

Caso 3: «Que me realizaran la prueba del VIH, que me dieran kit de higiene y que le den seguimiento a la persona que viene deportada».

¿Qué esperaba cuando la deportaron?

Caso 4: «Cuando mi hijo regresó, su estado de salud era y es delicado. El diagnóstico es muerte cerebral y parapléjico. Yo lo que necesitaba para mi hijo era atención en salud especializada. Para ponerle un ejemplo, él necesita recibir tratamiento para estimular los intestinos, esto pueden ser supositorios, masajes, lavados y otras terapias. Además, es necesario un sistema para recoger los desechos, por ejemplo, pañales. Cuando lo traje, todo lo que necesitamos era un apoyo económico y psicológico, de cómo enfrentar mi realidad para mantener con cuidados a mi hijo. Era mi hijo, no lo podía desconectar en Estados Unidos, que eso era lo que me decían debería hacer, pero no recibí nada por el Gobierno ni la Embajada cuando estuve en USA. Yo tuve que hipotecar mi casa (para ir a traerlo a Estados Unidos). La situación es que, con mis propios recursos, tuve que adecuar un espacio de la casa que ahora alquilo, comprar una cama, colchón de agua y pañales. En Estados Unidos me enseñaron a cómo cargarlo y bañarlo, sin embargo, el peso de él me agota. Mi esposo me ayuda».

¿Qué esperaba cuando la deportaron?

Caso 5: «A la mayoría de la población trans los deportan. Solo esperan unos días y se vuelven a ir de nuevo hacia Estados Unidos. Cuando los deportan, regresan desmejoradas sin el tratamiento de VIH (las que padecen). Lo que esperan es les brinden tratamiento del VIH. Hay un caso particular de un menor de edad que se fue por que era víctima de abuso por sus primos. Llevaba papeles, era sujeto de asilo político. Y en México las autoridades lo agarraron y explicó su caso y lo intimidaron, lo coaccionaron a que firmara sus papeles de deportación. Pero, como era menor y no tenía conocimientos de sus derechos, le infundieron mucho temor que terminó firmando su deportación».

4.1.5 Vínculo con el acceso de información y la atención a la salud y salud sexual reproductiva que recibieron las mujeres retornadas antes y durante la ruta migratoria en el marco del COVID-19

Las mujeres y jóvenes migrantes (en su mayoría en edad reproductiva), y, en particular, las migrantes irregulares, se enfrentan a la explotación, marginación, tráfico y trata de seres humanos y a barreras de acceso a los servicios de salud reproductiva. En este contexto, los embarazos no planificados, abortos, la violencia sexual, la imposibilidad de negociar sexo seguro, el riesgo de contraer una ITS o VIH y la prostitución como única vía de inserción laboral aumentan su vulnerabilidad y las desventajas sociales, y, en el peor de los casos, provocan la muerte (OIM, 2015).

Antes de salir del país, ¿usted conocía o tenía información sobre los servicios de salud sexual y reproductiva?

Caso 1: «Sí tenía información, porque soy madre de tres hijos y en el centro de salud nos informan de los anticonceptivos. Yo me hice la prueba del VIH y me salió negativa».

¿Tuvo Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva durante su ruta migratoria?

«No se tiene acceso, además, para uno primero es alimentarse, para agarrar fuerzas y seguir caminando. Cuando me trajeron deportada, entré por Omoa y lo que quería era irme para mi casa para ver a mis hijos».

¿Su estado físico cómo era?

Me sentía agotada de tanto caminar. Al centro que me llevaron aquí en Honduras, por Omoa. Me atendieron bien rápido, menos de una hora. Solo me dieron agua y alimentación. No me evaluó un médico ni me dieron atención psicológica ni información sexual reproductiva. Me tuve que ir a bañar al mar. Nos atendieron muy mal».

Antes de salir del país, ¿usted conocía o tenía información sobre los servicios de salud sexual y reproductiva?

Caso 2: «Antes de salir, sí tenía información sobre salud sexual y reproductiva (cómo se transmite y se previene el VIH, cómo se transmite y se previene el ITS, uso del condón y anticonceptivos para mujeres, inyección para tres meses...), ya que era madre de tres hijos. En el Centro de Salud de la Flor del Campo, nos daban charlas, pero no me inyecté ni llevaba pastillas, no pensé en eso. Yo no mantuve relaciones sexuales con nadie. Hace mucho tiempo me hice la prueba del VIH y me salió negativa».

Comenta la entrevistada que «en el trayecto una de las muchachas andaba con su periodo menstrual. Siendo algo incómodo, compró una pastilla para interrumpir su periodo. Yo no sabía que había eso para ya no menstruar, ya que es bien difícil andar con su periodo y andar a pie, alimentarse de lo que conseguían, y alguna vez conseguimos que nos alquilaran un baño para asearnos».

¿Tuvo Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva durante su ruta migratoria?

«Cuando regresé, me metieron al centro de atención del Gobierno. No recuerdo el nombre. No me llenaron ninguna ficha médica, no me evaluaron ni atención psicológica ni kit de higiene ni información sexual y reproductiva, nada de información. La atención fue mala. No me hicieron la prueba del COVID-19, ya que venía comenzando».

Antes de salir del país, ¿usted conocía o tenía información sobre los servicios de salud sexual y reproductiva?

Caso 3: «Antes de salir del país, había recibido información de cómo se transmite el VIH, la ITS, pero no utilicé ningún método anticonceptivo. No padecía de ninguna ITS. Sí me he hecho la prueba del VIH y me salió negativa. Yo desde que me fui de Honduras he padecido de que el periodo menstrual no me viene seguido todos los meses».

¿Tuvo Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva durante su ruta migratoria?

«Cuando regresé al país, no me evaluaron ni me dieron información sobre salud sexual reproductiva».

Antes de salir del país, ¿usted conocía o tenía información sobre los servicios de salud sexual y reproductiva?

Caso 4: «Con relación al COVID-19, a mi hijo le pegó COVID-19 y toda la familia tuvimos que ir a un triage⁶ hasta que lo estabilizaron. Lo regresé a mi casa. Fue difícil esa época con mi hijo y la familia».

Antes de salir del país, ¿usted conocía o tenía información sobre los servicios de salud sexual y reproductiva?

Caso 5: «La mayoría de la población trans está informada. La que ya acepta su identidad de género, estas se hacen la prueba de VIH y las que son portadoras van al centro de salud u hospital indicado a recibir tratamiento. Sin embargo, considero que el problema se presenta con la población closet, no se avoca a solicitar información sobre ITS y el VIH, no quieren que los identifiquen. Durante la ruta migratoria, los portadores de VIH se agravan porque se deshidratan, les salen ampollas. En los albergues les dan condones, pero no medicamentos de VIH. No les proporcionan.

6 El triage (o triaje) es un sistema para seleccionar a los pacientes prioritarios que llegan a la sala de urgencias de un hospital. En principio, este sistema está dispuesto para momentos en los que la capacidad de un hospital puede verse sobrepasada. Así, en el desafortunado caso de un accidente o de una pandemia, los hospitales deben decidir qué paciente es prioritario, quién está en mayor riesgo y quién puede esperar para recibir atención médica.

¿Tuvo Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva durante su ruta migratoria?

«Cuando retornan, igual, les proporcionan condones, pero pruebas de VIH, no, eso no. Algunos, su estado de salud cuando los deportan es bastante deteriorado porque su condición de VIH. El problema es que en la ruta migratoria hacen uso de condones, pero, por sus prácticas sexuales, estos se les agotan. (es decir, no salen con suficientes para el uso de su trayectoria)».

4. 1.6 Necesidades que se han identificado en su búsqueda el acceso y atención de salud sexual y reproductiva

Es pertinente que se establezcan estrategias para el tratamiento médico de las mujeres deportadas. Dentro de los problemas que genera este proceso resaltan: evaluación médica, atención en salud sexual reproductiva, la depresión, baja autoestima, poca o nula adaptación, ansiedad, no adaptación en el país. En este sentido, se resaltan algunas demandas que indican las entrevistadas:

¿Cuáles son sus necesidades específicas en relación con el acceso y la atención de salud y salud sexual y reproductiva?

Caso 1: «Aquí lo que deberían de hacer el Gobierno es prestar atención cuando uno viene deportada, atenderla y hacerles exámenes de salud. Y deben darnos empleo para que uno no se quiera volver a ir, porque yo me fijé que hay gente que viene deportada y de la misma estación en San Pedro Sula se vuelven a ir a Estados Unidos».

¿Cuáles son sus necesidades específicas en relación con el acceso y la atención de salud y salud sexual y reproductiva?

Caso 2: «Mis necesidades como retornada. Espero que el Gobierno me dé atención psicológica, exámenes médicos ginecológicos».

¿Cuáles son sus necesidades específicas en relación con el acceso y la atención de salud, salud sexual y reproductiva?

Caso 3: «Las necesidades que tiene una persona de la diversidad sexual y con discapacidades: información sobre salud sexual reproductiva y sobre enfermedades de transmisión sexual, pruebas de VIH, kit de higiene y que le den seguimiento a la persona que viene deportada para que no se vuelva a ir de nuevo. Mire, yo tengo un problema, que no me viene mi periodo menstrual regularmente y no sé lo que tengo. Aquí CONAMIREDHIS me está tratando de ayudar para que un especialista me mire. Nosotros nos estamos organizando para ayudar a otras personas que están en iguales condiciones. Para la población de la diversidad sexual y con discapacidad es difícil afrontar tantas necesidades que se presentan a diario».

¿Cuáles son sus necesidades específicas en relación con el acceso y la atención de salud y salud sexual y reproductiva?

Caso 4: «Mi necesidad es que nos ayuden a las personas con necesidades especiales. Ejemplo: el control urinario, mi hijo usa pañales y tengo que prestar atención a las infecciones urinarias, que es frecuente. Y, para mí, que brinden atención psicológica y exámenes ginecológicos».

¿Cuáles son sus necesidades específicas en relación con el acceso y la atención de salud y salud sexual y reproductiva?

Caso 5: «Para nosotras, como población trans, esperamos que nos brinden atención de salud, no solo enfoque de ITS, que les hagan una evaluación completa. Brinden condones para la ruta migratoria, pruebas de VIH (en un centro de atención o albergue), atención psicológica, porque nos violan, podemos sufrir secuestro, y cuando las deportadas traen consigo enfermedades emocionales».

4.2 Análisis de las entrevistas realizadas con instituciones u organizaciones de la sociedad civil en materia de salud sexual reproductiva para mujeres deportadas en el marco del COVID-19

Es importante resaltar que en este apartado se tomaron algunos testimonios de las entrevistas realizadas a instituciones u organizaciones de sociedad civil que están realizando acciones de coordinación e incidencia en materia de salud y salud sexual reproductiva para las mujeres retornadas específicamente.

Entre los mecanismos de coordinación, existe la Mesa de Migración y Salud, que se instaló con el propósito de integrar a todas las instituciones y organizaciones que trabajan en pro de la salud de la población migrante (no hay atención diferenciada para mujeres retornadas) con el fin de facilitar la planificación de las acciones orientadas a mejorar la salud de la población migrante. Refiriendo a sus ejes de planificación estratégica: 1) eje información para la población migrante, centralizado a través de la SESAL; 2) eje de salud mental; 3) evaluación de funcionamiento de establecimientos; y 3) eje de vigilancia epidemiológica y aplicación de la normativa nacional para la atención de la población migrante⁷.

¿Qué mecanismos de coordinación se deberían construir para garantizar una mejor atención para el seguimiento de las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes retornadas?

- Fortalecer la coordinación con los establecimientos de salud, citando el sistema de referencia, así como los conocimientos de la normativa existente para la atención diferenciada y de los espacios disponibles. Se hace indispensable que las diferentes unidades y departamentos conozcan la estructura la SESAL para ser más eficientes en la entrega de los servicios ofertados.
- Por otra parte, en una de las entrevista se manifestó que la Mesa de Migración y Salud debería procurar integrar a los 3 centros (Centro SPS, OMOA y Belén) para que trabajen coordinados y que la GUÍA (Guía atención en salud para la población migrante, SESAL, 2020) debería actualizarse y que, cuando se planifique, que sean las personas que están en el día con la población migrante las que tenga incidencia en políticas públicas en pro de la mejora de la salud de grupos específicos (un ejemplo: la mujer retornada en el caso del tema de salud sexual reproductiva, ya que los problemas que presentan las mujeres son diferentes a otros sector vulnerables).
- Es necesario mayor coordinación con la SESAL y OSC que tengan programas de la temática de salud sexual reproductiva. Asimismo, formar a todos los funcionarios, doctores, enfermeros, etc., en atención a la mujer

7
La entrevista es con la SESAL, quien coordina esa Mesa. Esta aglutina 25 instituciones u organizaciones de la sociedad civil.

retornada para que logren identificar la violencia de género. Se necesita formación en salud reproductiva y campañas de información sobre la violencia sexual y de género.

- Es indispensable una mejor coordinación interinstitucional e internacional, hacer una red efectiva, seguimiento de tratamiento, antibióticos (qué diagnóstico tiene, por qué se les trató), hacer redes internacionales y en el país.
- Los mecanismos de coordinación actuales de Médicos del Mundo (MdM) son directamente con el servicio público de salud y/o a través de los clústeres de la arquitectura humanitaria donde participa MdM, este último mecanismo en caso de emergencia o de activarse la respuesta humanitaria. En ambos casos, se busca coordinar con instituciones estatales u otras organizaciones locales o de cooperación internacional que dan atención en salud sexual reproductiva (SSR). Tanto la experiencia como los diferentes estudios que se han realizado indican que una de las grandes deficiencias para las personas migrantes y mujeres retornadas es que no existe un sistema regional de salud que pueda dar seguimiento a los problemas de salud de las personas, por lo que este mecanismo sería indispensable para dar respuesta a las personas migrantes retornadas.

4.2.1 Los servicios de salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes retornadas y la respuesta de instituciones u organizaciones

Según la OIM (2001), las investigaciones muestran que las mujeres migrantes reciben una pobre atención prenatal y que un gran número de ellas tienen a sus hijos sin asistencia médica; entonces se podría entender que es un efecto por la falta de acceso a los servicios de salud reproductiva.

Por otra parte, es difícil encontrar servicios de salud que atiendan las diferencias culturales o que estén abiertos a un diálogo intercultural. Existe evidencia de que las adolescentes inmigrantes buscan apoyo médico en el caso de contagio de ITS solo cuando el dolor las afecta especialmente, o asistencia perinatal cuando se encuentran en un estado avanzado de gravidez (Haour-Knipe, 2003), lo que sin duda coloca en sumo riesgo la integridad de la salud tanto de la joven como del hijo que espera (Rodríguez- Pizarro, 2013).

Melissa Fuentes, médico del proyecto de salud sexual y reproductiva de Médicos sin Fronteras en Honduras⁸, manifestó que la experiencia migratoria moldea el perfil de la salud de las mujeres, ya que existe un mayor estigma hacia el género femenino, a la par de mayor inseguridad frente al virus. Aunado a ello, en ocasiones dependen totalmente de ayuda humanitaria. Subrayó que la migración en los países centroamericanos se ha convertido en una emergencia, misma que ha sido exacerbada por la injusticia social y por las políticas de salud inadecuadas, sobre todo para las mujeres que son una población muy vulnerable.

También remarcó que la salud sexual y reproductiva en Honduras se ha convertido en un servicio inalcanzable para la población femenina, que la pandemia de la COVID-19 ha tenido un impacto en estas poblaciones retornadas y que en el país no existe un servicio de salud sexual y reproductiva robusto, tampoco una atención médica e integral a las sobrevivientes de violencia sexual. Como producto de la pandemia, el acceso a métodos de planificación se ha limitado, no se ha aprobado la anticoncepción de emergencia y la atención psicológica es casi nula.

Fuentes agregó que, al ser precarizado el trabajo para las mujeres, una parte es víctima de explotación sexual. De la misma forma, sufren estigmatización, ya que muchos aseguran que los migrantes retornados están enfermos

8
Webinar: Mujeres migrantes retornadas en el norte de Centroamérica y desafíos inmediatos para la garantía del derecho a la salud en tiempos de COVID-19, desde una perspectiva de género, que presentó FLACSO, la Universidad de Southampton, UNAH y el Consorcio Multidisciplinario Internacional el 8 de octubre de 2020.

de COVID-19, por lo que se hace más difícil el acceso a la salud. La experta detalló que, al retornar y volver a estar en casa con sus agresores debido a la pandemia, se convierten en víctimas de las diferentes formas de violencia, entre ellas, la sexual.

¿Cuáles son los principales obstáculos y desafíos a los que se enfrentan para atender la salud sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes retornadas?

- Según MdM, los principales desafíos estuvieron relacionados con el cierre de los servicios de salud sexual reproductiva (SSR) en todos los países, por lo que las referencias se tornaron complicadas. La disponibilidad de métodos anticonceptivos también se vio disminuida ante la prioridad de dar atención a los casos COVID-19. Y entre los obstáculos que se presentan en los centros de recepción de personas retornadas gubernamentales están que no existen espacios adecuados para realizar exámenes que se requieren para dar atención de SSR. Por otra parte, una de las principales necesidades que manifestaron las personas retornadas era salir de los centros de recepción antes que procurar la atención en salud.
- Según las entrevistas realizadas, uno de los obstáculos es el tiempo. Quieren ser atendidas rápidamente y no se consigue llenar la ficha por todas las vulnerabilidades que traen consigo. Se necesita información adecuada para atender a las personas que no saben leer y escribir, para indicarles dónde pueden acudir. Existe una falta recursos para realizar intervención. Es necesario un abordaje psicosocial para las mujeres deportadas. Hay conocimiento de que, en algunos casos, cuando se les refiere a algún centro hospitalario, no asisten para seguir algún tratamiento específico.
- Por otra parte, otro obstáculo es el estigma que se crea alrededor de ellas, que pasen a donde el médico a que se les evalué. No hablan, no dan apertura. Cuando vienen grupos grandes de deportados, no hay espacios acondicionados en el CAMR, ya que es un centro de paso.
- La comunicación es un obstáculo y el no tener confianza con el médico. Se da el caso que cuando ellas se acercan a solicitar atención médica es porque no soportan el sangrado; si ellas pueden resolverlos, lo hacen comprando medicinas para interrumpir el periodo, lo que no quieren es atrasarse en su ruta migratoria.
- El mayor desafío es hablar de sexo. Siempre es un tabú. Aunque se ha avanzado en el tema, es necesario que se les sensibilice para el uso de anticonceptivos.
- El mayor desafío en tiempos de COVID-19 fue el espacio físico adecuado para una revisión, ya que solo se le hacen preguntas generales y se les refiere. Uno de los desafíos fue el diagnóstico: es difícil poder determinar si era COVID, ya que el 90 % de las mujeres migrantes deportadas traen problemas respiratorios y no se contaban con pruebas o protocolos, faltaba presupuesto. Otra cosa es que a las mujeres en tránsito no les gusta hacer exámenes, porque retrasan su ruta migratoria.
- Según MdM, en los centros de recepción de mujeres retornadas gubernamentales, no existen espacios adecuados para realizar exámenes que se requieren para dar atención de salud sexual reproductiva (SSR).
- MdM no tiene acceso a la historia clínica previa, la cual es importante, por ejemplo, en el caso de mujeres embarazadas, adolescentes, mujeres con VIH, o para llevar un control de los métodos anticonceptivos, los cuales pueden no estar disponibles en el país de origen, o pueden no ser asequibles para las mujeres migrantes retornadas.
- MdM, por su mandato, no tiene laboratorio, lo que hace difícil realizar los screening de cáncer del cuello uterino y para lo cual se realiza la citología de rutina (también realizada para hacer exclusión de ITS). Tampoco

está dentro de sus funciones tener este tipo de servicios, por ello sigue trabajando en el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud.

¿En área de la salud existen programas específicos para la atención en salud sexual y reproductiva a mujeres migrantes retornadas?

- Según la SESAL, no hay programas específicos para la atención en salud sexual y reproductiva a mujeres jóvenes migrantes retornadas. La atención integral de la mujer diferenciada se brinda en el Centro Alonso Suazo en Tegucigalpa y en otros centros hospitalarios de San Pedro Sula. El seguimiento de personas migrantes y afectadas por la migración se realiza en coordinación con los jefes regionales y organizaciones con presencia en las regiones más afectadas por el retorno y migración en tránsito. Dentro de los objetivos está el fortalecimiento de los centros de atención y establecimientos de salud de primer y segundo nivel, cercanos a un punto de entrada por donde están retornando y en tránsito con el propósito de fortalecer la atención integral.
- Según MmM, en los países en los que ellos trabajan no existen programas específicos para la SSR de mujeres jóvenes migrantes retornadas, las personas retornadas tienen acceso al sistema de salud público como cualquier otra persona ciudadana de ese país. En Honduras «el Estado cuenta con tres centros de atención al migrante retornado (CAMR), que operan a nivel nacional; 14 unidades municipales de atención al retornado (UMAR), ubicadas en las comunidades con mayor porcentaje de expulsión de migrantes», sin embargo, los servicios de SSR suelen tener grandes deficiencias, los servicios se concentran en las ciudades grandes y hay dificultades de horarios y citas.

¿Cuáles son los servicios de salud que se les brinda al momento de llegada a las mujeres retornadas en los centros de atención?

- En lo que se refiere a la atención psicosocial, la actuación pastoral incluye atenciones psicológicas individuales y en grupo, tanto para mujeres migrantes con discapacidad como para mujeres cuidadoras de retornados con discapacidad física debido a accidentes en la ruta migratoria. Involucra también talleres que incentivan las prácticas de autocuidado —comprendido como un proceso de reconstrucción, donde la mujer se concientiza sobre su dignidad, sus derechos— y de cuidado con el propio cuerpo, de su salud sexual y reproductiva, ya que muchas mujeres vuelven enfermas, otras permanecen mucho tiempo sin ir al médico por no priorizar o por vergüenza y miedo de discriminación en la atención de salud. Muchas de ellas aún enfrentan violencias en el medio familiar, pudiendo estar más susceptibles a abusos y violaciones (Pastoral de Movilidad Humana, 2022, p. 18).
- Según MmM, en los centros de recepción de personas migrantes retornadas, no existe atención diferenciada; de hecho, según la investigación Situación de acceso a salud para las personas retornadas que se realizó en 2021, solo las personas adultas que retornan en grupos familiares reciben atención en salud primaria y atención psicológica, y, en general, son muchas menos las personas que reciben atención psicológica.

En resumen, de otra entrevista resalta lo siguiente:

- Atención primaria y, si existe alguna complejidad, se procede al protocolo de sistema de referencia respuesta.
- En los centros de atención⁹, con lo que se cuenta es con una psicóloga y un médico general. Tengo información

9
Centros de Atención al Migrante Retornado (CAMR)

que sí han sufrido de violencia de género; son remitidas oportunamente.

- Médicos Sin Fronteras colabora para asistir a las personas que están en tránsito y tienen carpas de información sobre la violencia basada en género.
- Atención médica, parte de la planificación (orientación y les brindan anticonceptivos), brindan charlas de salud sexual de reproductiva, esto se realiza de vez en cuando, dependen de cómo vengán estas personas de ánimo. Ayudan, es lo más inmediato a sus necesidades y depende si el vuelo viene temprano o tarde.

Las necesidades más frecuentes de mujeres migrantes retornadas en relación con el acceso y la atención de salud, sexual y reproductiva cuando toman la ruta migratoria son: pastillas anticonceptivas, condones para la prevención por si quedan embarazadas y si sufren de violencia sexual. Pero sobre todo necesitan atención psicológica porque en algunos casos vienen abusadas o embarazadas.

- Según MdM, las necesidades más frecuentes de las mujeres migrantes retornadas están relacionadas con la atención primaria en salud, la atención psicológica y, en relación con la SSR, todo lo relacionado a métodos anticonceptivos, ITS, citologías, embarazo, parto y puerperio, acceso a Kits PEV. En la investigación Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores a la salud sexual y reproductiva, se plantean algunas de las necesidades básicas de las mujeres migrantes en materia de SSR. Aunque no es específicamente sobre mujeres migrantes retornadas, las barreras y facilitadores suelen ser bastante similares
- Por otra parte, manifestaban en las entrevistas que es necesaria la atención psicológica, asimismo, la planificación del uso de anticonceptivos. No se atiende para hacer para pruebas, solo para mujeres embarazadas, para su control prenatal.
- Es obligatorio que pasen al centro de salud si son retornados de Estados Unidos. Ya traen consigo la referencia y el medicamento si son portadoras del VIH. Si es de México, a veces envían una referencia. En algunos casos, las mujeres se acercan, traen la hoja de remisión y se acercan al médico si su estado de salud es muy malo; si no le afecta nada, prefieren irse rápido.
- Toda persona con VIH pasa al médico y al psicólogo, sin embargo, no tienen acceso a su medicamento en el centro de atención de SPS. No obstante, en el centro de salud de la SESAL este medicamento del VIH es gratis. El 20 % de las mujeres deportadas vienen embarazadas. Si se presentan con lesiones por agresión sexual durante la ruta migratoria, es referida de médico especialista.

El kit de servicios básicos para mujeres que han sobrevivido a diferentes situaciones de violencia tanto de migrantes en tránsito como retornadas es un kit básico proporcionado por diferentes instituciones de salud del país que contiene: desodorante, pasta dental, cepillo dientes, cepillo, cola y a veces trae papel higiénico y toallas sanitarias.

¿Cuál debería ser el kit de higiene y salud sexual reproductiva?

- Debería traer un tríptico que brinde información de qué organizaciones puedan apoyar a las que sufrieron violencia. Asimismo, que contenga condones, inyección semestral y la pastilla día después, revisión, métodos de profilaxis de VIH, por las que han tenido relaciones sexuales en las últimas 72 horas de manera no consentida y profilaxis de ITS.
- En otra entrevista se mencionó que el Kit básico debería ser atención psicológica, debería haber un protocolo

del cómo debería de ser la comunicación para aquellas que han sufrido una agresión sexual. La característica más común de las mujeres deportadas en estas condiciones es su vestimenta, es de hombre (jeans, tenis, gorra), ya las conocemos, se acercan al médico por tener fisuras anales, laceraciones sangrantes, grados 1, 2 y 3.

- Por otra parte, las mujeres en tránsito, las enfermedades que traen consigo son enfermedades de transmisión sexual. Limpieza, higiene, trauma mayor, el paso por el Darién. Si una mujer se acerca, es que ya su estado de salud es malo y no lo puede resolver. No se acercan a los médicos porque creen que el medico podría retenerla o referirla y lo que quieren es llegar al país de destino.
- Kit pruebas de VIH y agresión sexual. Es necesario poder brindárselo de manera inmediata, la retornada ya viene con tratamiento, depende del país que retorne. La agresión es mayor al migrante irregular (transito).
- El kit básico de servicios debe incluir principalmente atención integral en salud física y salud mental, acceso y disponibilidad del kit PEV (incluyendo la anticoncepción de emergencia) y también servicios de asistencia legal, acceso a medios de vida, entre otros.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

- El acceso a la atención a la salud y salud sexual reproductiva, a las mujeres en tránsito y retornadas, reflejan una clara violación de sus derechos humanos y una urgente necesidad de actuar para la protección de sus derechos, así como visibilizar la situación tan precaria que están soportando y dar una respuesta específica a cada uno de los problemas, ya que es el reflejo de la gran inseguridad y peligro en el trayecto hacia el lugar de destino, viéndose expuestas a diferentes riesgos que amenazan su integridad física y económica.
- Más allá de la deportación por vía terrestre o aérea desde Estados Unidos, México o Guatemala, es fundamental indicar que estos dependen de procesos por la vía legal administrativa de acuerdos bilaterales y legales establecidos por cada país. En este sentido, en 2019 fue mayor el porcentaje de mujeres retornadas. México registró la mayor cantidad debido a que este país es la ruta obligatoria hacia los Estados Unidos. En el 2019 retornaron al país 20 042, en total, siendo 5 220 de Estados Unidos y 1161 de Centroamérica. Sin embargo, durante 2020 y 2021, del país de donde se registraron mayores deportaciones fue de México.
- Una de las causas por las que mujeres migran es para escapar de la violencia doméstica y de género en sus países de origen. La migración ocurre en el marco de contextos marcados por desigualdades de género, ya que las mujeres son empleadas en los trabajos peor remunerados y sufren aislamiento, explotación y acoso sexual.
- En los estudios realizados se ha puesto de manifiesto que existen una serie de factores que incide en la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes y que hay un menor uso de los servicios sanitarios por parte de estas, ya que existen múltiples barreras que impiden una integración normalizada en el sistema sanitario público.
- En este contexto, los efectos del problema de acceso a la condición de los sistemas de salud sexual reproductiva son los embarazos no planificados, abortos, la violencia sexual, la imposibilidad de negociar sexo seguro, el riesgo de contraer una ITS o VIH y la prostitución como única vía de fuente de ingresos, aumentando así su vulnerabilidad y las desventajas sociales y, en el peor de los casos, la muerte.
- Las mujeres pobres, jóvenes y con menores niveles de escolaridad son quienes, por efecto del propio perfil sociodemográfico que las define, tienen menores grados de libertad frente a su comportamiento reproductivo y, a la vez, son quienes se encuentran ante mayores riesgos respecto a la integridad de su salud sexual y reproductiva.
- El acceso a métodos anticonceptivos y planificación familiar es una necesidad mencionada por las entrevistadas, así como la prevención, diagnóstico o atención de ITS. La población de la diversidad sexual (lesbiana y trans) en particular expresó que es importante la información sobre métodos para la prevención de ITS, que se reconozcan y faciliten los cuidados de su sexualidad, así como las pruebas del VIH.

- Se confirma que la salud sexual y reproductiva en Honduras se ha convertido en un servicio inalcanzable para la población femenina, que la pandemia de la COVID-19 ha tenido un impacto en estas poblaciones retornadas y que en el país no existe un servicio de salud sexual y reproductiva robusto, tampoco una atención médica integral a las sobrevivientes de violencia sexual. Y, como producto de la pandemia, el acceso a métodos de planificación se ha limitado. No se ha aprobado la anticoncepción de emergencia y la atención psicológica es casi nula.
- En el área de la salud sexual y reproductiva, para las mujeres migrantes retornadas no existen programas específicos, las personas retornadas tienen acceso al sistema de salud público como cualquier otra persona ciudadana en el país. Uno de los obstáculos es lo que se presenta en los centros de recepción gubernamentales: no existen espacios adecuados para realizar exámenes que se requieren para dar atención de SSR.
- Las necesidades más frecuentes de mujeres migrantes retornadas en relación con acceso y la atención de salud, sexual y reproductiva están relacionadas con la atención primaria en salud, la atención psicológica y, en torno a la salud sexual reproductiva, todo lo relacionado a métodos anticonceptivos, ITS, citologías, embarazo, parto y puerperio.
- En términos generales, los retos y desafíos en la inserción de las mujeres retornadas en la comunidad de acogida / comunidad de origen requieren de la intervención pertinente y oportuna del Gobierno Central, con mayor énfasis del gobierno local. La falta de integración de salud mental a la atención primaria y de personal capacitado, así como la falta de financiamiento de los servicios de salud y altas brechas de tratamiento en salud sexual reproductiva, siguen siendo uno de los grandes retos para el país

Recomendaciones

- Los procesos migratorios son transversales en términos de la política pública y no tienen que ver estrictamente con un solo sector o una sola institución del Estado. En virtud de esto, es fundamental el fortalecer la articulación intersectorial donde los esfuerzos se complementen en función del beneficio del servicio sexual y reproductivo de las mujeres retornadas.
- Es indispensable el desarrollo de un sistema de información nacional que identifique flujos migratorios, específicamente de mujeres retornadas, así como continuar revisando y elaborando estudios para ampliar el marco muestral de entrevistas que permitan coleccionar más datos sobre la temática de movilidad humana y su vinculación a la salud sexual reproductiva.
- Ampliar las intervenciones de prevención y control, incluidas las respuestas a corto y largo plazo, para la gestión de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, de salud mental, factores de riesgo, reconociendo la importancia de intervenciones integradas con base en las distintas necesidades de las mujeres retornadas, tomando en cuenta factores determinantes clave de salud, tales como edad, género, educación, sensibilidad cultural, y naturaleza del trauma.
- Desarrollar protocolos y establecer medidas para garantizar el monitoreo y disposición de atención médica de carácter sexual, reproductivo y materno-infantil, así como también atención especializada para las sobrevivientes de traumas y violencia.

- Apoyar estrategias y mecanismos de coordinación para ampliar la respuesta de acceso y atención de la salud sexual reproductiva, incluyendo abordar, según sea relevante, el apoyo psicosocial, la prevención y atención de la violencia, incluida la violencia de género, violencia sexual, la entrega de ayudas kit de higiene y económicas.
- Es necesario plantear políticas, planes y programas, y coordinar acciones con los donantes, organización de visitas de terreno y desarrollo de propuestas a donantes en el marco de acciones de atención de salud y salud sexual reproductiva a favor de las mujeres retornadas, que permitan el acceso a servicios de salud integrales y físicos.
- Fomentar el desarrollo local, establecimientos de salud en los territorios expulsores de mujeres migrantes que disminuyan brechas de inequidades e injusticia social con enfoque de la determinación social de la salud, los servicios de salud sexual reproductiva, así como realizar campañas e información para las mujeres.
- Participar en espacios de coordinación de respuesta e identificar oportunidades para trabajar con otros sectores para fortalecer las acciones en pro de las mujeres retornadas, madres cuidadoras y población de la diversidad sexual en temas de salud sexual reproductiva.

GLOSARIO

Anticoncepción: Es el proceso mediante el cual se utiliza un conjunto de métodos, sustancias o medios para evitar la fecundación o el embarazo no deseado.

Biometría: Estudio de características biológicas mensurables. Los identificadores biométricos son piezas de información que codifican una representación de las características biológicas únicas de una persona (huellas digitales, identificación de las retinas o de las voces). Algunos gobiernos han introducido el uso de los identificadores biométricos como medida de seguridad, en la expedición de pasaportes o permisos de residencia.

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

Establecimiento de salud: Entendido como todo local (ámbito físico) destinado a la provisión de servicios y asistencia a la salud, en régimen de internación y/o no internación, cualquiera sea su complejidad y titularidad, pública o privada (Modelo de Salud SESAL, mayo 2013).

Explotación: Acto de aprovecharse de algo o de alguien. En particular, el acto de aprovecharse injustamente de otro para su propio beneficio (por ejemplo, explotación sexual, servicios o trabajo forzoso, esclavitud o prácticas similares a la esclavitud, servidumbre, venta de órganos).

Menores no acompañados (MENA): Personas que no tienen la mayoría de edad y que no viajan acompañadas por un padre, un tutor o cualquier otro adulto quien por ley o costumbre es responsable de ellos. Los menores no acompañados plantean situaciones especiales a los funcionarios de inmigración, puesto que las normas sobre detenciones y otras prácticas utilizadas para los extranjeros adultos pueden no ser apropiadas para menores.

Migración de retorno: Movimiento de personas que regresan a su país de origen o a su residencia habitual, generalmente después de haber pasado por lo menos un año en otro país. Este regreso puede ser voluntario o no. Incluye la repatriación voluntaria.

Migración forzosa: Término genérico que se utiliza para describir un movimiento de personas en el que se observa la coacción, incluyendo la amenaza a la vida y su subsistencia, bien sea por causas naturales o humanas (por ejemplo, movimientos de refugiados y de desplazados internos, así como personas desplazadas por desastres naturales o ambientales, desastres nucleares o químicos, hambruna o proyectos de desarrollo).

Migración irregular: Movimiento de personas que se produce al margen de las leyes, las normas o los acuerdos internacionales que rigen la entrada o la salida del país de origen, de tránsito o de destino.

Migración regular: Movimiento de personas que se produce de conformidad con las leyes del país de origen, de tránsito y de destino.

País de destino: País al que se dirigen flujos migratorios (legal o ilegal.)

País de origen: País del cual procede un migrante o flujos migratorios (legal o ilegal).

País de tránsito: País a través del cual pasa la persona o el grupo migratorio hacia su destino.

Persecución: En el marco del refugio, una amenaza a la vida o a la libertad por razones de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas.

Prestadores de servicios de salud público y no público: Personas naturales y jurídicas, públicas, privadas y mixtas, nacionales o extranjeras, debidamente licenciadas y de preferencia acreditadas (o en vías de serlo) que tienen como objetivo la provisión de servicios de promoción, recuperación y rehabilitación de salud y prevención y control del riesgo y la enfermedad que requiere la población a su cargo, respetando los principios y el enfoque del Modelo Nacional de Salud.

Principios humanitarios: Normas éticas aplicables a todos los actores humanitarios basadas en el derecho internacional humanitario y de los derechos humanos que buscan proteger la integridad de la acción humanitaria. La primera referencia explícita a los principios humanitarios se encuentra en los «Principios Fundamentales de la Cruz Roja y de la Medialuna Roja», adoptados en 1965

Protección: Todas las actividades que tienen por finalidad obtener el respeto de los derechos individuales de una persona de acuerdo con la letra y el espíritu del orden jurídico (particularmente derecho internacional de los derechos humanos, derecho internacional humanitario, derecho internacional de la migración o derecho internacional de los refugiados).

Referencia: Es el envío de pacientes de un proveedor de menor capacidad resolutive a otro de mayor, igual o menor complejidad, para la atención o complementación diagnóstica o terapéutica debido a que los recursos disponibles no permiten dar respuesta a las necesidades del paciente, en especial cuando estas requieren la intervención de personal especializado y de tecnología avanzada.

Refugiado: Persona que con «fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su origen y no pueda acogerse a la protección de tal país» (art. 1. A. 2, de la Convención sobre el Estatuto de Refugiado de 1951, modificada por el Protocolo de 1967).

Retorno: Acto o proceso de regresar. El retorno puede ser dentro de los límites territoriales de un país (por ejemplo, los desplazados internos o los combatientes desmovilizados) o desde el país receptor (tránsito o destino) al país de origen (por ejemplo, los refugiados, los solicitantes de asilo y nacionales calificados). Hay subcategorías de retorno que describen la forma en que se organiza: voluntario, forzoso, asistido y espontáneo y otras que describen las personas objeto del retorno como.

Reunificación familiar: Proceso por el cual los miembros de un grupo familiar, separados forzosamente o por migración voluntaria, se reagrupan en un país distinto al del origen. La admisión es discrecional del Estado receptor.

Unidad Municipal de Atención al Retornado (UMAR): Es la Unidad Municipal de Atención a los niños, niñas, adolescentes y unidades familiares que brinda una atención integral a nivel local y donde se articula la oferta institucional del Gobierno Central y Local. Comprometida a dar el seguimiento y monitoreo oportuno a los solicitantes logrando así la reinserción efectiva y sostenible en sus comunidades.

Violencia sexual: Todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente del género, edad y la relación de éste con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo

Vulnerabilidad: Situación debidamente calificada, en que se encuentran las personas expuestas a los principales riesgos socioeconómicos asociados al curso de la vida, tales como muerte, invalidez, vejez, desempleo, enfermedades, accidentes, entre otros y que generan, orfandad, viudez, incapacidad, ancianidad, factores de discapacidad física o mental y otros similares generadores de pobreza.

BIBLIOGRAFIA

- Arévalo León, R. (2021). El acceso a los derechos sexuales y reproductivos en mujeres migrantes. IDEHPUCP. https://idehpucp.pucp.edu.pe/analisis1/el-acceso-a-los-derechos-sexuales-y-reproductivos-en-mujeres-migrantes/#_ftn2
- Asociación Mujeres Opañel. (2020). Mujeres migrantes y salud: salud sexual y reproductiva. Asociación Mujeres Opañel.
- Cazzuffi, C. y Molina, C. (2020). Empoderamiento económico de las mujeres, territorio y migración en el Triángulo Norte de Centroamérica.
- Coello Gómez, L. (2020). Vida y recorrido de la niñez migrante hondureña: estudio de cinco casos. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Cortés, A., & Manjarrez, J. (Eds.). (2017). Mujeres, migración centroamericana y violencia: un diagnóstico para el caso de Puebla. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Médicos del Mundo Francia México. (2020) Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020. Population Council Inc.
- OIM. (2006). Derecho Internacional sobre Migración. Glosario sobre Migración.
- OIM, UNHCR-ACNUR, & ONU Mujeres. (2020). Mujeres migrantes y refugiadas en el contexto de la COVID-19. Retrieved from <https://www.acnur.org/es-mx/5eb5ac714.pdf>
- OIM. (2015). Condición de salud, acceso a los servicios e identificación de factores de riesgo y vulnerabilidades asociados a la migración en Honduras. OIM.
- OIM. (2022). Informe sobre las migraciones en el mundo. OIM.
- Pastoral de Movilidad Humana (PMH). (2022). Pastoral de movilidad humana y migrantes retornados con discapacidad. Construyendo caminos para la reintegración.
- PNUD. (2020). Manual para la creación de redes comunitarias de mujeres. PNUD.
- PNUD. (2021). Guía de planificación: mujeres migrantes y medios de vida. PNUD.
- Rodríguez-Pizarro, G. (2013). Tendencias migratorias: pautas y marcos legales de migración en América Central. Iniciativa Nansen.
- SESAL. (2020). Guía de atención en salud para la población migrante. SESAL.
- SOMOS-FLACSO. (2020). Estudio sobre causas de la migración forzada asociada a la violencia de las personas LGBTI en cuatro municipios de Honduras. UNAH.
- Sierra, M., Espinoza, D., Carlos Sosa, Espinoza, E., Estrada, A., Edna Reyes, Kafati, J., González, R., & Naira, D. (2020). Funcionalidad familiar y salud mental: encargados de hogar y adolescentes de familias migrantes en la zona de influencia del Centro Integral de Salud de Villanueva (Cis-V), Tegucigalpa. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

