

Investigación original

Oferta de servicios de salud sexual y reproductiva a personas migrantes centroamericanas en Tijuana

Nathaly Llanes-Díaz,¹ Ietza Bojórquez-Chapela,¹ y Olga Odgers-Ortiz¹

Forma de citar

Llanes-Díaz N, Bojórquez-Chapela I y Odgers-Ortiz O. Oferta de servicios de salud sexual y reproductiva a personas migrantes centroamericanas en Tijuana. Rev Panam Salud Publica. 2023;47:e56. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.56>

RESUMEN

Objetivo. Caracterizar la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva (SSR) para la población migrante centroamericana que se encuentra en albergues de Tijuana, México; e, identificar las barreras y facilitadores del acceso a estos servicios para esta población, desde la perspectiva de los proveedores.

Métodos. Se realizó un estudio con un diseño observacional, mixto, transversal. Se consideró una triangulación de técnicas de recolección de información que consistió en 16 entrevistas semiestructuradas a proveedores de servicios de SSR de la sociedad civil para población en movilidad, y observación directa en 10 albergues de Tijuana. Se realizó una doble codificación, abierta y selectiva. El tipo de análisis fue de contenido con un enfoque interpretativo a partir de cinco dimensiones: accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad, asequibilidad y oportunidad.

Resultados. El tipo de oferta de servicios en SSR se compone de cuatro elementos: población objetivo, orientación de las asociaciones y organizaciones (religiosa o laica), servicios ofertados y lugar de atención. Las principales barreras durante el proceso de acceso son: la condición migratoria irregular, la escasa prioridad al cuidado de la SSR y la discrepancia entre las preferencias de usuarios y los servicios ofertados. Entre los elementos facilitadores destaca la orientación laica de proveedores y la coordinación interinstitucional.

Conclusiones. La oferta de servicios de SSR por parte de asociaciones y organizaciones civiles es amplia y heterogénea. Abarca servicios de atención estrictamente médica y otros que indirectamente inciden en la SSR con miras a la integralidad de la atención. Esto, representa una oportunidad en términos de aspectos facilitadores de acceso.

Palabras clave

Migración humana; salud sexual y reproductiva; acceso a servicios de salud.

Los derechos sexuales y reproductivos (DSR) acentúan la necesidad de garantizar a todas las personas el ejercicio pleno y autónomo de la sexualidad, así como alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social asociado con la salud sexual y reproductiva (SSR) (1). El acceso a servicios de salud de calidad, efectivos y oportunos constituyen una dimensión central de los DSR (2-4). Sin embargo, en el ejercicio de estos derechos persisten desigualdades socioeconómicas y de género para distintos grupos poblacionales, tales como las personas migrantes en condición irregular (5, 6).

Las restricciones migratorias de los últimos años han complejizado las modalidades de desplazamiento y los itinerarios de tránsito, como es el caso del corredor migratorio regional que conecta a Centroamérica, México y Estados Unidos (7). La gestión actual de la migración supone que la movilidad en condición irregular es un factor generador de crisis a controlar mediante políticas restrictivas (8,9). Así, la frontera norte de México se ha convertido en un escenario de atrapamiento para migrantes regionales ante las políticas de externalización de la frontera estadounidense, acentuadas durante la pandemia

¹ El Colegio de México, Ciudad de México, México. Nathaly Llanes-Díaz
✉ nllanes@colmex.mx

por Covid-19. Entre ellas, destacan: la implementación de los Protocolos de Protección a Migrantes [Migrant Protection Protocols (MPP)] en 2019, que obligó a las personas a permanecer en México durante el proceso de resolución de asilo; y en 2020 el cierre de la frontera estadounidense por más de 20 meses, la suspensión de los procesos de asilo y la política de expulsión por razones de salud pública (Título 42) (8,10-12).

Las lógicas de atrapamiento han incrementado las solicitudes de refugio en México. Se estima que en 2021 se produjeron 129,813 solicitudes de refugio, frente a 1,296 en 2013^a(13). El perfil migratorio también se ha diversificado. Además de hombres en edad productiva; mujeres, adolescentes, niñas y grupos familiares se han hecho más visibles en los desplazamientos (14), lo que implica nuevas necesidades y desafíos en materia de SSR.

Las personas que se movilizan experimentan una doble condición de desventaja en el cuidado de la SSR, al transitar de contextos de origen en los que el acceso y uso de servicios son precarios, a escenarios restrictivos para la atención, dada la penalización de la migración irregular (15,16). La falta de recursos económicos, la ausencia de documentos, el miedo a la deportación, la limitada información, la burocracia dentro del sistema de salud y las prácticas discriminatorias desincentivan el uso de los servicios durante el trayecto (17-20), acumulando necesidades en SSR que se suman a las ya presentes antes de la migración. Las desventajas se expresan de manera diferenciada, siendo las mujeres y las niñas particularmente vulnerables en la movilidad (21-25).

Para las mujeres las necesidades de atención se exacerban durante los desplazamientos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto, la exposición a abortos inseguros, la violencia obstétrica y las infecciones de transmisión sexual (ITS) son los riesgos más reportados (21,23-25). El acceso limitado a servicios incentiva necesidades insatisfechas de anticoncepción lo que, sumado a la violencia sexual durante la movilidad, incrementa las posibilidades de embarazos no deseados (21,23,26). Las desigualdades de género, en las sociedades de origen y de tránsito, incentivan silencios y tabúes frente a temas referentes a la SSR e invisibilizan las necesidades de algunos grupos poblacionales, entre ellos los hombres y las personas con sexualidades no normativas (15,27,28).

En este trabajo se plantea como objetivos 1) Caracterizar la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva (SSR) para la población migrante centroamericana que se encuentra en albergues de Tijuana, México; e 2) identificar las barreras y facilitadores del acceso a estos servicios, desde la perspectiva de los proveedores.

MATERIAL Y MÉTODOS

En este artículo se analizan datos del componente cualitativo de una investigación mixta más amplia.^b El estudio de referencia tuvo como objetivo identificar y analizar las prácticas sexuales, de cuidados a la salud y comportamientos reproductivos de migrantes centroamericanos en la frontera norte de México, y utilizó un diseño observacional, mixto y transversal.

Como parte del componente cualitativo, se consideró una triangulación de técnicas de recolección de información (29). Se realizaron 16 entrevistas semiestructuradas a personal y representantes de ocho asociaciones e instituciones no gubernamentales que proveen servicios de SSR para población en movilidad en Tijuana. Cada entrevista fue levantada por dos personas entrevistadoras (un hombre y una mujer), dada la sensibilidad de algunos temas en torno a la SSR. También, se llevó a cabo observación directa en 10 albergues, entre septiembre de 2020 y abril de 2022. Las mismas personas que levantaron las entrevistas realizaron la observación, como criterio de auditabilidad.^c Se contó con el consentimiento informado escrito de todas las personas entrevistadas.

Se realizó un mapeo de las asociaciones y organizaciones que ofertaban servicios en SSR a población en movilidad en Tijuana, identificando 13 instituciones públicas y civiles que proveen servicios en SSR a migrantes. Se empleó como criterio de selección a aquellas que proporcionaban al menos un servicio directo o indirecto relacionado con la atención a la salud en este ámbito, alcanzando el 61 por ciento de éstas, según el mapeo realizado (8 asociaciones y organizaciones). Se consideró únicamente a proveedores de la sociedad civil debido a las barreras para acceder a actores gubernamentales durante la ejecución del proyecto. Se entrevistó a personal, representantes o directores de las asociaciones y organizaciones para obtener una pluralidad discursiva sobre la oferta de servicios y los aspectos que facilitan o restringen el acceso a la población en movilidad. En las asociaciones y organizaciones con una amplia diversificación de servicios se entrevistó a más de una persona. Se usó el criterio de saturación teórica para determinar el número de participantes a entrevistar (30). Se garantizó el anonimato de las personas entrevistadas, por lo que en este trabajo se alude al perfil de las asociaciones y organizaciones. Posteriormente, se identificaron 33 albergues para población en movilidad en Tijuana seleccionando 10 para la realización del trabajo de campo, a partir de tres criterios: 1) número de personas centroamericanas albergadas, 2) diversificación del perfil poblacional, y 3) disposición a participar (figura 1).

La observación se realizó durante varias visitas acordadas con los albergues. Algunas se programaron para conocer los espacios, identificar a las personas albergadas y reconocer algunas prácticas de cuidados a la SSR. En otras visitas, se mantuvieron conversaciones informales con el personal del albergue y algunas personas migrantes, para identificar prácticas o servicios relacionados de manera indirecta con la SSR, adicionales a los mencionados por los proveedores en las entrevistas. En el mes de noviembre se llevaron a cabo visitas más extensas en las que se realizó observación directa por 12 días.^d

Las entrevistas abarcaron cuatro temáticas: 1) el quehacer de la institución y funciones de la persona entrevistada, 2) los servicios ofertados en SSR, 3) los cambios en el perfil migratorio en Tijuana y 4) las necesidades, barreras y aspectos facilitadores

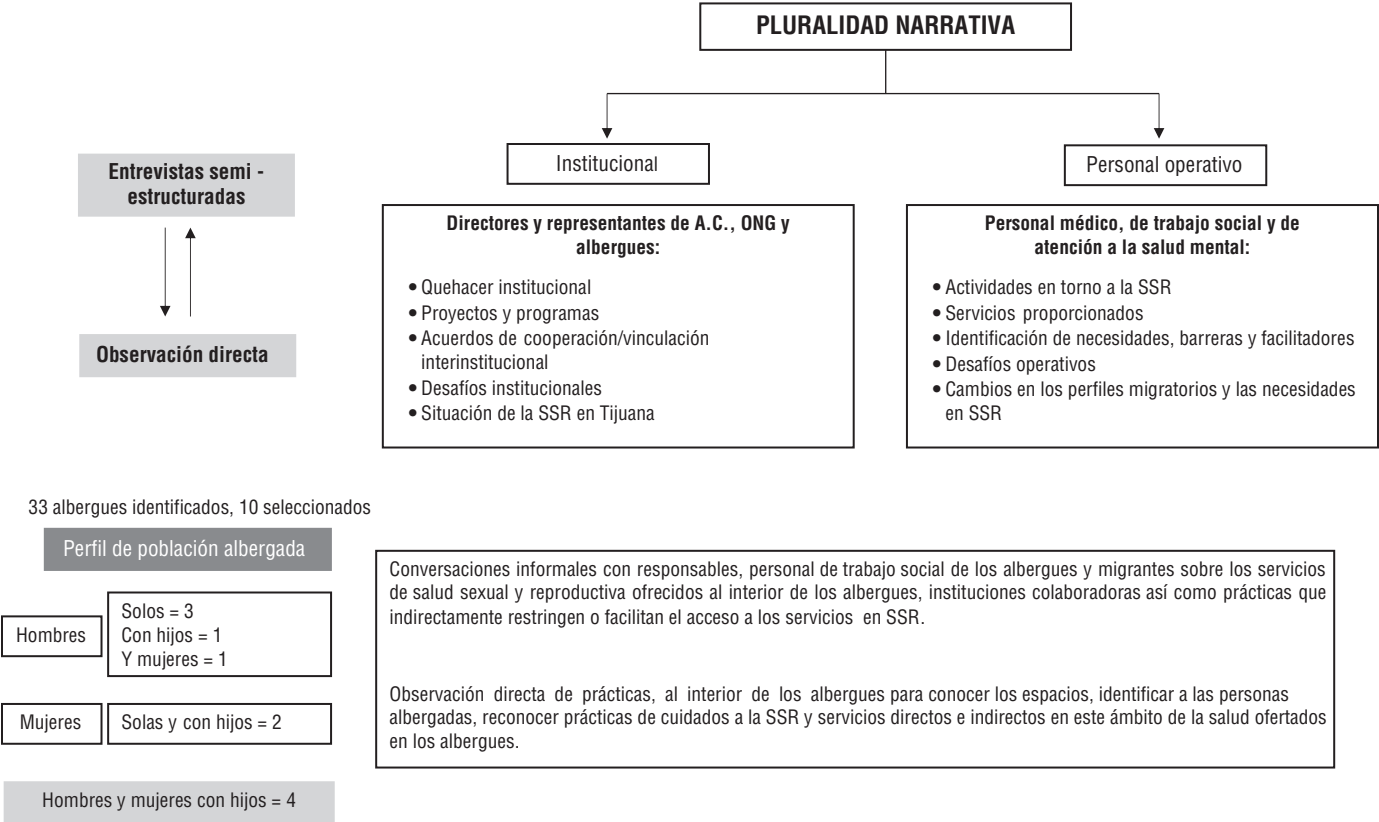
^a Honduras, Guatemala y El Salvador se encuentran en los siete primeros lugares.

^b Proyecto titulado: "Prácticas sexuales, cuidados a la salud y comportamientos reproductivos de migrantes centroamericanos en la frontera norte de México" (marzo de 2021 a septiembre de 2022).

^c Además de las investigadoras responsables, en el levantamiento de las entrevistas y la observación participó un egresado de maestría y otra de doctorado con experiencia previa en el tema de salud y migración, y en trabajo de campo en Tijuana.

^d Estas visitas coincidieron con el levantamiento de una Encuesta al interior de los albergues en el marco del proyecto en el que se inscribe este trabajo.

FIGURA 1. Proceso metodológico y complementariedad de técnicas de recolección de información



Fuente: elaboración propia con información obtenida durante el trabajo de campo.

en torno al acceso a servicios SSR en la población de estudio. Las entrevistas fueron grabadas, y posteriormente transcritas sistematizadas y codificadas empleando el software *Atlas Ti*, al igual que las notas de campo. La codificación se realizó en dos etapas. Primero, una abierta, línea por línea. Posteriormente, una selectiva mediante la cual los códigos iniciales se agruparon formando categorías de significado (31) relativas al proceso de acceso a servicios, considerando las cinco dimensiones propuestas por Levesque y cols. accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad, asequibilidad, y oportunidad (32). Durante esta etapa se establecieron relaciones analíticas entre las narrativas y las prácticas en campo.

Se llevó a cabo análisis de contenido con un enfoque interpretativo, como una estrategia pertinente para relacionar las narrativas y el contexto en el que ocurren, con otras formas que adquiere el lenguaje más allá del verbal (33). La observación directa permitió el acercamiento a las formas no verbales y el contexto de las narrativas.

Tras el proceso de codificación se realizó una sesión de presentación de resultados preliminares con los proveedores de servicios participantes, en la que se discutieron los hallazgos e identificaron nuevos elementos de utilidad para el análisis, contribuyendo así al rigor analítico de la investigación.

La investigación en la que se enmarca este artículo contó con la aprobación del Comité de Ética local y el Comité de Revisión Ética de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

RESULTADOS

Caracterización de la oferta de servicios en SSR en Tijuana

Se identificaron 13 instituciones dedicadas a ofrecer al menos un servicio de SSR a la población en movilidad en Tijuana, ocho de ellas asociaciones y organizaciones de la sociedad civil en las que se centra nuestro trabajo, ubicadas mayoritariamente en la zona centro de la ciudad, y caracterizadas por mantener fuertes vínculos económicos o técnicos con organizaciones del otro lado de la frontera.

El tipo de oferta de servicios en SSR a población migrante se ha diversificado en el tiempo. “[...] hace 20 años la población que atendíamos eran principalmente hombres mexicanos, deportados o que tenían interés de cruzar a Estados Unidos para trabajar en el campo. Se acercaban para atender alguna ITS. [...] Ya 5 años, empezamos a atender a la población de Haití, mujeres embarazadas con VIH y personas de centroamérica: mujeres y niñas [...]” (Directora operativa, Organización Civil).

A partir de las entrevistas y la observación se encontró que la oferta actual se compone de cuatro elementos: 1) población objetivo, 2) orientación de las asociaciones y organizaciones (religiosa o laica), 3) servicios ofertados y 4) lugar de atención, como se observa en la figura 2.

Los dos primeros tipos se orientan a proveer servicios de salud integrales y generales, respectivamente, a partir de una

FIGURA 2. Caracterización de la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva a población migrante en Tijuana, según población objetivo, orientación, servicios y lugar de atención

Tipo de atención	Atención integral a la salud: fuerte componente en SSR	Atención general a la salud: fuerte componente en SSR	Atención a la salud sexual o reproductiva	Atención general con algún servicio asociado a la SSR
Descripción	Se entiende a la salud como un estado de bienestar físico y mental, proporcionando servicios integrales a la SSR.	Se entiende a la salud como un estado de bienestar físico y mental. Los servicios proporcionados son exclusivamente de atención o diagnóstico médico.	Se entiende a la salud como un estado de bienestar físico y mental. Los servicios se enfocan en la atención a la salud sexual o reproductiva.	La atención a la SSR es complementaria a los servicios ofertados de manera más amplia.
Población objetivo	Población vulnerable, entre la que se encuentran personas en situación de movilidad.	Población vulnerable, entre la que se encuentran personas en situación de movilidad.	Población en situación de movilidad (mujeres y población LGBT+).	Población en situación de movilidad.
Orientación	Laica			Laica, católica, protestante o cristiana
Servicios ofertados	• Consulta general • Detección (ITS, VIH) • Anticoncepción • Ginecología (Papanicolaou y revisión clínica de mamas) • Tratamientos hormonales • Análisis especializados (Mastografías, ultrasonidos) • Otros servicios (Atención psicológica, higiene y aseo personal, duchas y vestidores, canalización, apoyo económico para traslados o atención especializada, difusión de información)	• Consulta general • Detección (ITS, VIH) • Anticoncepción • Ginecología (Papanicolaou y revisión clínica de mamas) • Análisis especializados (Mastografías) • Otros servicios (Canalización, difusión de información)	• Detección (ITS, VIH) • Anticoncepción • Ginecología (Papanicolaou y revisión clínica de mamas) • Atención prenatal y parto vaginal • Análisis especializados (Mastografías, ultrasonidos) • Tratamientos hormonales • Otros servicios (Canalización, apoyo económico para traslados o atención especializada, lectura de recetas, difusión de información)	• Consulta general • Anticoncepción • Otros servicios (Canalización, difusión de información, apoyo económico para traslados o atención especializada)
Lugar de atención	• En las instalaciones de las instituciones • A través de brigadas en albergues para personas en movilidad		• En las instalaciones de las instituciones	

Fuente: elaboración propia con información obtenida en las entrevistas semiestructuradas y trabajo de campo.

orientación laica, y con un fuerte componente en SSR centrado en cinco ámbitos: detección (ITS y VIH), anticoncepción (métodos de barrera y hormonales mayormente), ginecología (servicios de papanicolau y exploración clínica de mamas) y realización de análisis especializados (mastografías y ultrasonidos). Los proveedores cuentan con infraestructura y personal para la atención en sus instalaciones y en brigadas en albergues, ofreciendo estos servicios a la población migrante en el lugar (*in situ*).

Los proveedores agrupados en el primer tipo asumen una atención integral ofreciendo, además de servicios médicos, otros que se relacionan indirectamente con la SSR, como: atención psicológica a víctimas de violencia sexual, construcción de espacios dignos para higiene y aseo personal, apoyos económicos para traslados o atención en SSR en instituciones especializadas, gestión de canalización de pacientes a instituciones gubernamentales para análisis y tratamientos específicos, como el caso del VIH. Estas asociaciones u organizaciones mencionan explícitamente una perspectiva interseccional, enfatizando la oferta de servicios para distintos grupos poblacionales, como tratamientos hormonales para personas transgénero y atención a la salud mental por abuso y violencia sexual para migrantes lesbianas, gay, bisexuales, transgénero y más (LGBT+) (figura 2).

El tercer perfil de atención concentra proveedores especializados en servicios de salud sexual o reproductiva enfocándose en dos poblaciones objetivo: mujeres embarazadas y personas del colectivo LGBT+ en situación de movilidad. Estos servicios

se proporcionan en sus instalaciones y reciben pacientes derivados de los albergues.

El cuarto tipo se integra por proveedores que ofertan servicios relacionados con la SSR, indirectamente. Mientras algunos proveedores otorgan atención psicológica para víctimas de violencia sexual y proporcionan anticonceptivos (de barrera) e información sobre cuidados a la salud, desde una perspectiva de DSR y orientación laica. Otros, a partir de una orientación religiosa, se enfocan en la atención primaria siendo receptores de brigadas de salud, y canalizan pacientes a instituciones que proveen servicios específicos.

Barreras y facilitadores del acceso a servicios de SSR

Siguiendo el modelo de acceso de Levesque y cols. (28) se identificaron, tanto en las narrativas de las entrevistas como en la observación en albergues barreras y facilitadores en las cinco dimensiones propuestas: accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad, asequibilidad y oportunidad. Por razones analíticas los servicios de SSR considerados se mencionan de manera transversal y se plantearán sus especificidades según sea el caso.

Accesibilidad: entre los proveedores hay consenso en afirmar que las restricciones migratorias exacerban las posibilidades de identificar servicios disponibles en SSR, limitan la información sobre los lugares y requisitos de atención y recrudecen la burocracia dentro del sistema público, por lo que las personas migrantes perciben que no tienen derecho a recibir atención,

incluso en asociaciones civiles. “Los migrantes ven barreras donde incluso no las hay por la desinformación” (Codirectora de organización). Esto, se aminora según el tipo de albergue al que se arribe y la coordinación interinstitucional que los albergues mantengan con asociaciones y organizaciones que proporcionan servicios e información en SSR gratis o a bajo costo, prescindiendo de documentación de estancia en el país. El acceso a internet en albergues o espacios para migrantes y el uso de redes sociales son herramientas útiles para difundir información sobre los lugares de atención.

La canalización de personas migrantes al sector público de salud es un servicio proporcionado ampliamente por las asociaciones y organizaciones civiles cuando se requieren tratamientos, análisis o procedimientos que superan su capacidad económica y técnica, como en el caso de cesáreas y tratamientos antirretrovirales. Es común que la canalización de las personas migrantes se realice de manera informal, a través de redes de colaboración entre la sociedad civil y actores gubernamentales. Los proveedores consideran que estas prácticas posibilitan el acceso a servicios en SSR especializados, pero bajo la incertidumbre de que la canalización sea rechazada, al no haber procesos institucionalizados para la atención de esta población, situación que se recrudeció en 2019, con el nuevo modelo de salud que implementó México, en el hay menos claridad sobre el derecho a la atención de las personas en movilidad, como se observa el cuadro 1.

“La verdad es un área gris técnicamente, así como está. Muy clarito dice que es para mexicanos [Información sobre Sistema público de salud]. Pero sí hemos visto que se les atiende en ciertos casos (...), pero el lenguaje está medio vago. Muchas veces nosotros mismos no sabemos ni qué decirles [a personas migrantes]. La verdad es qué es difícil saber cuándo sí y cuándo no [atienden]” (Médica en Asociación Civil).

Aceptabilidad: entre las barreras de aceptación de los servicios ofrecidos en SSR se encontró, a nivel individual, una escasa prioridad a la atención en SSR durante la estancia en Tijuana y conocimientos limitados acerca de los cuidados en este ámbito entre la población migrante (ver cuadro 1). Sin embargo, cuando se presenta una necesidad urgente en SSR, sea infecciones en vías urinarias o vaginales, en las mujeres o de transmisión sexual las percepciones de violencia e inseguridad sobre Tijuana y el desconocimiento de la ciudad representan obstáculos adicionales para la búsqueda de atención externa a la ofrecida en los albergues. Entre los servicios ofrecidos por algunas asociaciones y organizaciones se encuentra el transporte a los lugares de atención para aminorar esta barrera.

Durante la observación en los albergues se evidenció que las desigualdades de género representan un obstáculo de aceptabilidad de los servicios en SSR cuando estos ocurren al interior de los albergues, en formas de brigadas, o en establecimientos cercanos, particularmente para las mujeres migrantes. Los tabúes frente a la sexualidad generan rechazo a servicios como

CUADRO 1. Barreras y facilitadores del acceso a servicios de SSR para personas migrantes centroamericanas en albergues de Tijuana, según dimensiones del acceso a servicios de Levesque, Harris y Russell (2013).

Dimensiones	Definición*	Barreras	Facilitadores
Accesibilidad	Posibilidades de identificación de servicios disponibles para atender una necesidad percibida en SSR	Condición migratoria irregular	Tipo de albergue y coordinación interinstitucional
		Falta de información de los lugares de atención y costos de los servicios	Acceso a internet y redes sociales (WhatsApp, Facebook)
		Burocracia dentro del sistema salud mexicano	Atención sin requisitos de documentación
		Incertidumbres en el proceso de canalización	Coordinación informal con el sector público
Aceptabilidad	Aspectos socioculturales para la aceptación de los servicios, y creencias asociadas a los sistemas de salud	Escasa prioridad al cuidado a la SSR	Orientación laica de proveedores
		Conocimientos limitados en SSR	Perspectiva de derechos sexuales y reproductivos e interseccionalidad en la atención
		Orientación religiosa de los proveedores	Apoyo para servicios de transporte a los lugares de atención
		Xenofobia, homofobia y transfobia	Confianza de usuarios
		Violencia e inseguridad en Tijuana / desconocimiento de la ciudad	
Disponibilidad	Recursos físicos e infraestructura para acceder a los servicios	Desigualdades de género	
		Distancia de los servicios respecto de los albergues	Brigadas de atención a la SSR en albergues
		Calidad de transporte a los lugares de atención	Cercanía de la zona centro
Asequibilidad	Capacidad económica de usuarios para acceder servicios y tiempo disponible	Costos de algunos servicios	Bajo costos de servicios, gestión de apoyo económico y canalización a servicios especializados
		Costos de servicios especializados	
Oportunidad	Adaptación de los servicios a las necesidades de usuarios, involucra la calidad técnica y del personal	Ausencia de redes de cuidados	
		Discrepancia entre preferencias de usuarios y los servicios ofertados	Atención centrada en derechos sexuales y reproductivos
		Falta de recursos económicos y personal de las instituciones	Redes de colaboración transfronteriza

*Nota: se partió de las definiciones de Levesque, Harris y Russell sobre las dimensiones del proceso de acceso a los servicios de salud (2013).

Fuente: elaboración propia con información obtenida en las entrevistas semiestructuradas y el trabajo de campo.

dotación de anticonceptivos y detección de VIH e ITS, ante las posibles sanciones sociales, tanto del personal de algunos albergues con orientación religiosa, como familiares u otras personas migrantes. En las entrevistas además se destacó que la orientación religiosa de los albergues constituye una barrera adicional para la aceptabilidad de algunos servicios.

Otra barrera para la aceptabilidad mencionada por proveedores es la discriminación por el origen migratorio en el sector público de salud. Esto, genera que las personas prefieran acudir a los servicios de las instituciones de la sociedad civil. No obstante, esto genera saturación y perpetúa las barreras en los lugares públicos. *“Los servicios de la sociedad civil deben ser complementarios más no reemplazar a los servicios públicos porque no damos abasto. Hay semanas que atendemos más de 500 pacientes”* (Cofundadora de Asociación Civil).

La identidad de género y la orientación sexual se yuxtaponen a la xenofobia, generando vulnerabilidades adicionales. *“Es difícil saber si son rechazados por ser migrantes, porque muchos son rechazados por los hospitales públicos, o si el rechazo es por ser personas trans. (...) Si alguien tiene que ir al hospital trato de mandar a alguien con ellos para que el rechazo sea menor”* (Codirectora de organización).

Disponibilidad y asequibilidad: la cercanía de los servicios con los albergues y la gratuidad se consideran facilitadores para el acceso, desde las narrativas de los proveedores. Para los albergues más alejados de la zona centro de la ciudad, donde se concentran mayormente los servicios de SSR, las brigadas son fundamentales para la disponibilidad; y, el apoyo económico para transporte y pago de servicios especializados resulta un facilitador para la asequibilidad. Migrar con hijos pequeños limita la asequibilidad de servicios especializados fuera de los albergues, particularmente para las mujeres quienes se dedican al cuidado.

Oportunidad: una de las barreras para la aceptación de los servicios proporcionados por las asociaciones y organizaciones civiles a las personas migrantes es la discrepancia entre la oferta y las preferencias de las y los usuarios, como sugieren algunas narrativas. Un ejemplo, es la oferta de métodos anticonceptivos para las mujeres. En las narrativas de algunos proveedores, los métodos de larga duración se consideran adecuados, dada la condición de movilidad de las personas. Sin embargo, los mismos proveedores reconocen que estos métodos no necesariamente son los deseados o percibidos como “seguros” por ellas o sus parejas, lo que desincentiva la búsqueda de estos servicios.

“El problema que he identificado es la selección del método anticonceptivo, en mi experiencia no es el ideal, el que todas quieren. La gran mayoría quiere una inyección o pastillas, porque tienen una mala percepción de métodos más invasivos. Por ejemplo, el dispositivo intrauterino, todas lo satanizan, porque creen que les va a hacer daño, mencionan que se le va encarnar, es una palabra que aprendí ahí. El Implanon es técnicamente una ofensa [...]” (Médico, Asociación Civil).

Otros proveedores sugieren que esta barrera puede superarse con una perspectiva de DSR en la que se provea la información adecuada sobre los métodos y se respete la autonomía de las mujeres migrantes en la toma de decisiones sobre su cuerpo y reproducción.

La falta de recursos económicos que enfrentan las asociaciones y organizaciones para la atención es una barrera adicional para adaptar los servicios a las necesidades más importantes de las personas migrantes. No obstante, las redes de colaboración

transfronteriza proveen recursos económicos y capacidad técnica a algunos proveedores, lo que facilita la oferta de servicios en SSR.

DISCUSIÓN

La relación entre migración y acceso a servicios de SSR en población migrante ha ido ganando mayor visibilidad en años recientes, debido al incremento de los flujos migratorios, el cambio en el perfil de las personas que se movilizan y el endurecimiento de las políticas migratorias (5,6,15,20-26). Para el caso de México, aunque existen trabajos en torno al tema (17,18,19,28), resultan pertinentes nuevos abordajes que consideren el contexto de incertidumbre de los proyectos migratorios y las condiciones de atrapamiento en las que se encuentra actualmente una parte de la población migrante regional y transcontinental, que desea ingresar a los Estados Unidos a través de la frontera norte de México (10,11,12).

El cambio en el sistema nacional de salud que experimentó el país en 2019 supone un elemento contextual importante, mencionado por los proveedores de la sociedad civil considerados en esta investigación. Los vacíos y ambigüedades a la que se ven expuestos los proveedores para canalizar pacientes sin documentación o en condición migratoria irregular en México, a servicios especializados y públicos, como el caso de tratamientos antirretrovirales, supone nuevos desafíos en el estudio de acceso a servicios en SSR para población en movilidad, como sugieren otros trabajos que abordan la relación entre salud y migración (34).

Tijuana se caracteriza por la consolidación de una sólida red de cooperación destinada a ofrecer diversos servicios a la población migrante, dada su histórica atracción migratoria (35). Recientemente, los servicios en SSR se han incrementado y ha habido un esfuerzo por adaptarse a las necesidades de la población en movilidad. Los primeros proveedores redefinieron sus servicios en SSR; y, han ido surgiendo nuevas instituciones (12,36,37), lo que ha ampliado la oferta para familias, mujeres, niñas, adolescentes y personas LGBT+, destinados a atender necesidades emergentes, como se señala en los resultados.

De los cuatro elementos que caracterizan la oferta de servicios en SSR, la orientación de las asociaciones y organizaciones (religiosa o laica) en Tijuana es fundamental para comprender los tipos de servicios y el acceso de la población migrante a los mismos, en este contexto. Los espacios con orientación laica asumen una perspectiva de DSR e interseccionalidad. Esto, resulta central para garantizar la aceptabilidad considerando los tabúes que una parte de la población migrante centroamericana parece tener frente a temáticas de la SSR, y el limitado conocimiento de este ámbito de la salud, como sugieren otros trabajos (15,21,27).

Partiendo del acceso como la oportunidad de obtener servicios de atención a la salud apropiados y de calidad ante necesidades percibidas, a partir de un proceso en el que se involucran cinco dimensiones: accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad, asequibilidad y oportunidad (32), un hallazgo central en este trabajo, es que las incertidumbres del proceso migratorio y las condiciones de atrapamiento en las que se encuentra la población migrante de origen centroamericano en Tijuana, limitan la aceptabilidad de servicios en SSR, los cuales no se conciben como prioridad durante la estancia en albergues, con excepción de necesidades urgentes de atención. Esto, debe

continuar abordándose en trabajos futuros debido a los crecientes y heterogéneos flujos migratorios que arriban a la frontera norte.

La burocracia dentro del sistema de salud, sumada a la falta de documentación de estancia en el país, es una barrera central de accesibilidad para la población migrante, desde la perspectiva de los proveedores de la sociedad civil, como han sugerido otros trabajos que abordan el acceso a servicios de SSR para población en movilidad en la frontera norte (38). Sin embargo, los laberintos institucionales para el acceso a servicios en este ámbito de la salud representan barreras también para la población mexicana, particularmente en condición de vulnerabilidad (39,40). Por esto, resulta importante indagar con mayor profundidad cómo esta condición que parece estructural del sistema de salud se expresa particularmente para la población migrante en condición irregular y de atrapamiento en México.

Otro elemento importante que discutir a partir de los hallazgos es la divergencia entre los aspectos identificados como facilitadores, desde las narrativas de los proveedores, y las prácticas y situaciones cotidianas observadas en los albergues; por lo que las barreras y facilitadores del acceso no necesariamente operarían en la misma dirección durante el proceso de acceso a servicios para esta población. Los proveedores enfatizaron la necesidad de ofertar los servicios en el lugar de acogida, es decir, a través de brigadas en los albergues. Desde esta perspectiva, se considera que la cercanía de los servicios a estos espacios son aspectos facilitadores en la dimensión de disponibilidad. No obstante, a través de la observación directa en albergues fue notorio que cuando los servicios se ofertan en su interior o en establecimientos cercanos a éstos puede producir el efecto contrario y desalentar el acceso y disponibilidad, debido a las sanciones sociales que podrían experimentar las personas migrantes, en particular las mujeres, por familiares, personas que comparten el espacio y/o personal de algunos albergues, al acceder a servicios como detección de ITS, VIH y anticoncepción.

Este trabajo consideró las características de la oferta de servicios en SSR, así como la barreras y facilitadores a los mismos, desde la perspectiva de proveedores de la sociedad civil. Esto, pudo limitar los resultados obtenidos. Sin embargo, el trabajo de campo en los albergues permitió entrever a su vez que la mayor parte de servicios en SSR a la población migrante se otorgan por este sector, lo que aminora los posibles sesgos en el análisis.

La triangulación de técnicas de recolección de información, entrevistas semiestructuradas a proveedores de servicios de SSR y observación directa en albergues fortaleció la validez cualitativa de la investigación permitiendo identificar la amplitud

de la oferta de servicios proporcionados, y contrastar las narrativas de las entrevistas con los discursos y prácticas de atención a la SSR observadas.

En conclusión, la oferta de servicios de SSR a migrantes centroamericanos en Tijuana, por parte de asociaciones y organizaciones de la sociedad civil, se caracteriza por la amplitud y heterogeneidad tanto de los servicios de atención estrictamente médica, como de otros servicios que, de manera indirecta, inciden en la SSR. Si bien las barreras de acceso se relacionan directamente con la irregularidad de la migración, los aspectos facilitadores se vinculan justamente con la diversidad de servicios otorgados, lo que constituye una oportunidad para las cinco dimensiones del acceso consideradas.

Los hallazgos presentados pueden ser de utilidad para las autoridades de salud locales con el fin de implementar acciones de coordinación interinstitucional con la sociedad civil para reducir las barreras de acceso a la SSR para una población migrante numerosa, heterogénea y con múltiples necesidades.

Contribución de los autores. Todos los autores concibieron el estudio original, recolectaron y analizaron los datos, interpretaron los resultados, escribieron y revisaron el manuscrito en sus distintas versiones.

Agradecimientos. A la disposición y colaboración de las asociaciones y organizaciones de la sociedad civil que participaron durante el proceso de investigación, al personal de las mismas, así como a los albergues que nos abrieron sus puertas en Tijuana.

Financiación. Este trabajo ha sido financiado por el Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación para la Investigación en Reproducción Humana (HRP) del PNUD-UNFPA-UNICEF-OMS-Banco Mundial, y por el Programa Especial de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales (TDR) de UNICEF-PNUD-Banco Mundial-OMS, ambos programas copatrocinados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). También recibió el apoyo del Center for Perinatology, Women's Health, and Reproduction (CLAP) de la Organización Panamericana de la Salud y el Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (CEMICAMP), Brasil.

Conflicto de intereses. Ninguno declarado por los autores.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son únicamente responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la Revista Panamericana de Salud Pública o de la Organización Panamericana de la Salud.

REFERENCIAS

1. World Health Organization & UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. (2017). Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. World Health Organization. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258738>. Acceso el 29 de octubre 2022.
2. World Health Organization. (2020). Universal health coverage for sexual and reproductive health: evidence brief. World Health Organization. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331113>. Acceso el 5 de noviembre 2022.
3. Hawkey AJ, Ussher JM, Jane M, Perz J. Negotiating sexual agency in marriage: The experience of migrant and refugee women. *Health Care Women Int.* 2019; 40(7-9): 870-897. doi: 10.1080/07399332.2019.1566334.
4. Lerner S, Szasz I. Introducción. En Necesidades y derechos en salud reproductiva. elementos para considerar en una legislación

- actualizada. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM; 2013. 47-68. Disponible en: <http://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3538/4.pdf>.
5. Brizuela V, Kapilashrami A, Bonet M, Khosla R, Kobeissi L, Say L, Thorson A. Sexual and reproductive health and rights of migrants: strengthening regional research capacity. *Bull World Health Organ.* 2021;99(5):402-404. doi: 10.2471/BLT.20.270447
 6. Hacker K, Anies M, Folb BL, Zallman L. Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Manag Healthc Policy.* 2015; 8: 175-183. doi: 10.2147/RMHP.S70173.
 7. Nájera JN. El complejo estudio de la actual migración en tránsito por México: Actores, temáticas y circunstancias. *Migr Inter.* 2016; 8(3): 255-266.
 8. Miranda B, Silva Hernández A. Gestión desbordada: solicitudes de asilo en Estados Unidos y los mecanismos de espera allende sus fronteras. *Migr inter.* 2022; 13: 1-21. Disponible en: <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i1.2385>.
 9. Gandini L, De la Reguera A, Narváez JC. Caravanas. Ciudad de México: UNAM Secretaría de Desarrollo Institucional; 2020.
 10. Odgers O, Campos M. Figés dans le mouvement: Périodes et espaces d'attente des migrants mexicains expulsés des États-Unis. *REMI.* 2014; 36(19): 53-73.
 11. Odgers O, Olivas OL. Les «caravanes de migrants»: Figées dans la mobilité. *La Lettre mensuelle de l'Heal-Creda* [internet] 2019; 27. Disponible en: <http://www.iheal.univ-paris3.fr/fr/edito/les-%C2%AB-caravanes-de-migrants-%C2%BB-fig%C3%A9es-dans-la-mobilit%C3%A9>
 12. Bojórquez, I, Odgers O, Olivas O. Psychosocial and Mental Health During the COVID-19 Lockdown: A Rapid Qualitative Study in Migrant Shelters at the Mexico-United States Border. *Salud Ment.* 2021; 44(4): 167-175.
 13. Gobierno de México, La COMAR en números. Estadística octubre 2022. [internet] 2022. Disponible en: <https://www.gob.mx/comar/articulos/la-comar-en-numeros-318982?idiom=es>. Acceso el 7 de noviembre 2022.
 14. Rodríguez E. Migración centroamericana en tránsito irregular por México: Nuevas cifras y tendencias. Policy Brief Series, CANAMID. [internet] 2016; 14. Disponible en: 10.13140/RG.2.2.28698.44483/1
 15. Metusela C, Ussher J, Perz J, Hawkey A, Morrow M, Narchal R, et al. "In My Culture, We Don't Know Anything About That": Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. *Int J Behav Med.* 2017; 24(6):836-845. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12529-017-9662-3>.
 16. Pérez M. El derecho a la salud de las personas migrantes en México: una revisión de la accesibilidad a través del Seguro Social y del Seguro Popular. *La Cuestión Social: documentos, ensayos, comentarios y reseñas de libros acerca de lo social.* 2019; 27(2): 127-155.
 17. Leyva R, Quintino F. La salud sexual y reproductiva en la frontera México-Guatemala. *Revista Métodos.* 2011; 15: 78-103.
 18. Infante C, Silván R, Caballero M, Lourdes C. Sexualidad del migrante: experiencias y derechos sexuales de centroamericanos en tránsito a los Estados Unidos. *Salud Publ Mex.* 2013; 55(1): 58-64.
 19. Martínez J, Reboiras L. Migración, derechos humanos y salud sexual y reproductiva: delicada ecuación en las fronteras. *Papeles de Población.* 2010; 16(64): 9-29.
 20. Rivillas JC, Cifuentes A, Ariza JS, Sánchez M, Rivera D. Venezuelan migrants and access to contraception in Colombia: A mixed research approach towards understanding patterns of inequality. *J Migr Health.* 2021;3:1-10. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666623520300271?ref=cra_js_challenge&fr=RR-1.
 21. Davidson N, Hammarberg K, Romero L, Fisher J. Access to preventive sexual and reproductive health care for women from refugee-like backgrounds: a systematic review. *BMC Public Health* 2022; 22 (1): 1-37. : <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12576-4>.
 22. Irons R. Percepción de mujeres venezolanas sobre los servicios de salud sexual y reproductiva en Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2021; 38(2): 248-53
 23. Alarcão V, Stefanovska M, Virgolino A, Santos O, Costa A. Intersections of Immigration and Sexual/Reproductive Health: An Umbrella Literature Review with a Focus on Health Equity. *Soc. Sci.* 2021; 10(2): 63. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/socsci10020063>
 24. Ivanova O, Rai M, Kemigisha E. A Systematic Review of Sexual and Reproductive Health Knowledge, Experiences and Access to Services among Refugee, Migrant and Displaced Girls and Young Women in Africa. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2018; 15(8): 1583. Disponible: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15081583>.
 25. Makuch M, Osis MJ, Brasil C, Helder A, Bahamondes L. Reproductive health among Venezuelan migrant women at the north western border of Brazil: A qualitative study. *J Migr Health.* 2021; 4: 100060. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100060>.
 26. Albaladejo A. Contraceptive shortages mean Venezuela's people face a sexual health emergency. *BMJ* 2018; 360: 1197. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.k1197>.
 27. Ussher JM, Perz J, Metusela C, Hawkey AJ, Morrow M, Narchal R, et al. Negotiating discourses of shame, secrecy, and silence: Migrant and refugee women's experiences of sexual embodiment. *Arch Sex Behav.* 2017; 46(7): 1901-1921.
 28. Infante C, Leyva R, Gutiérrez JP, Quintino F, Torres CA, Gomez M. Rape, Transactional Sex and Related Factors Among Migrants in Transit Through Mexico to the USA. *Cult Health Sex.* 2019; 2(10): 1145-1160.
 29. Bekhet A, Zauszniewski J. Methodological triangulation: an approach to understanding data. *Nurse Res* 2012; 20(2): 40-3. Disponible en: 10.7748/nr2012.11.20.2.40.c9442.
 30. Saunders, B. et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant* 2018; 52: 1893-1907. Disponible en: 10.1007/s11135-017-0574-8
 31. Williams, M., Moser, T. The art of coding and thematic exploration in qualitative research. *Int. Manag. Rev.* 2019 15(1): 45-55.
 32. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centered access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health.* 2013; 12(18). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
 33. Coffey, A. Analysing documents. *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis*, Sage Research Methods. Londres, SAGE Publications Ltd; 2014. Pp. 267-379.
 34. Sedas, A.C., Aguerrebere, M., Martínez, L. A., Zavala-de Alba, L. E., Eguluz, I., & Bhabha, J. Reporte situacional: migración de tránsito en México durante la pandemia de COVID-19 [Internet].. 2020, Disponible en: https://1bec58c3-8dcb-46b0-bb2a-fd4addf0b29a.filesusr.com/ugd/188e74_16722de523cb4f12a0901f79e4db8c8c.pdf?index=true
 35. Ortiz K, Castañeda N, García R. Migrantes LGBT+ en las caravanas centroamericanas hacia Estados Unidos: dilemas y posibilidades para la construcción de redes de hospitalidad. *REMHU.* 2020; 28(60): 71-94.
 36. Albicker S, Velasco L. Capacidades de la sociedad civil en Tijuana para atender y proteger a la población migrante en París MD, Migrantes haitianos y centroamericanos en Tijuana, Baja California, 2016-2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos/ El Colegio de la Frontera Norte. 2019; 53-65. Disponible en: <http://informe.cndh.org.mx/images/uploads/menus/40101/content/files/InformeMigrantes20162017.pdf>
 37. Agudo. A. Actores clave en Baja California. instituciones públicas, albergues, organizaciones de la sociedad civil y movimientos sociales en torno a la Migración. Desafíos y riesgos enfrentados por albergues, organizaciones civiles y personas migrantes en Tijuana 2019. Una propuesta de diálogo desde la Universidad Iberoamericana. Universidad Iberoamericana. Pp. 39-72.
 38. Vázquez-Quesada, L. M, Peña, J, y Vieitez, I. Necesidades y Atención en Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres Migrantes en México. Un estudio desde Ciudad Juárez, Chihuahua. Vol. I. México: Population Council y El Colegio de la Frontera Norte. Disponible en: https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2021SBSR_SRHMi-grantWomen_Quantitative_Vol1.pdf
 39. Stoesslé P. "We Speak the Same Language, but They Don't Understand Us." Use and Abuse of Culturalism in Medical Care for Central American Migrants in Transit Through Mexico. *Front Public Health.* 2022; 14(10): Disponible en: 10.3389/fpubh.2022.880171.
 40. Torres-Pereda, P, Heredia-Pi, I, Ibañez-Cuevas, M, Ávila-Burgos, L. Quality of family planning services in Mexico: The perspective of demand. *PLOS ONE.* 2019; 14(1): e0210319. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210319>

Manuscrito recibido el 2 de diciembre de 2022. Aceptado para su publicación, tras revisión, el 2 de febrero de 2023.

Provision of sexual and reproductive health services to Central American migrants in Tijuana

ABSTRACT

Objective. To characterize the sexual and reproductive health (SRH) services on offer to the Central American migrant population residing in shelters in Tijuana, Mexico, and identify barriers and facilitators of access to these services by this population, from the provider perspective.

Methods. An observational, mixed, cross-sectional study was conducted. Different information collection techniques—consisting of 16 semi-structured interviews with civil-society providers of SRH services to the migrant population, as well as direct observation in 10 shelters in Tijuana—were employed and triangulated. A two-stage, open, selective coding process was carried out. Content analysis was then performed, using an interpretive approach based on five dimensions: approachability, acceptability, availability, affordability, and appropriateness.

Results. The provision of SRH services is composed of four elements: target population, nature of providing organization (religious or secular), services offered, and venue of care. The main barriers to access involve irregular migrant status, the low priority given to SRH services, and the discrepancy between user preferences and the services offered. Among facilitating elements, lay/secular orientation of providers and inter-institutional coordination stood out.

Conclusions. The provision of SRH services by civil society organizations is wide-ranging and heterogeneous. It ranges from strictly medical attention to other services that affect SRH indirectly, with a view to providing comprehensive care. This represents an opportunity in terms of aspects to facilitate access.

Keywords

Human migration; reproductive health; health services accessibility.

Oferta de serviços de saúde sexual e reprodutiva para migrantes da América Central em Tijuana

RESUMO

Objetivo. Caracterizar a oferta de serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) para a população migrante da América Central residente em abrigos em Tijuana, México; e identificar as barreiras e os facilitadores de acesso a esses serviços, para essa população, partindo da perspectiva dos prestadores.

Métodos. Foi utilizado um delineamento observacional, misto e transversal. Diferentes técnicas de coleta de informações – consistindo em 16 entrevistas semiestruturadas com prestadores de serviços de SSR da sociedade civil para a população migrante, bem como observação direta em 10 abrigos em Tijuana – foram utilizadas e trianguladas. A codificação dos dados foi realizada em duas etapas, aberta e seletiva. Seguiu-se uma análise de conteúdo com uma abordagem interpretativa baseada em cinco dimensões: acessibilidade, aceitabilidade, disponibilidade, exequibilidade e oportunidade.

Resultados. O tipo de oferta de serviços de SSR é composto por quatro elementos: população-alvo, orientação das associações e organizações prestadoras (religiosa ou laica), serviços oferecidos e local de atendimento. As principais barreiras durante o processo de acesso relacionam-se com a situação migratória irregular, a baixa prioridade dada à atenção à SSR e a discrepância entre as preferências dos usuários e os serviços ofertados. Entre os elementos facilitadores, destacaram-se a orientação leiga dos prestadores e a coordenação interinstitucional.

Conclusões. A oferta de serviços de SSR por associações e organizações da sociedade civil é ampla e heterogênea. Abrange desde serviços assistenciais estritamente médicos até outros que incidem indiretamente na SSR, com vistas à integralidade do cuidado. Isso representa uma oportunidade em termos de aspectos facilitadores do acesso.

Palavras-chave

Migração humana; saúde reprodutiva; acesso aos serviços de saúde.