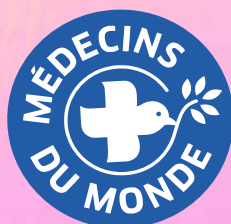


BARRERAS Y FACILITADORES PARA EL ACCESO A LA SALUD Y EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE MUJERES, NIÑAS Y POBLACIÓN LGBTIQ+ MIGRANTE

EN MÉXICO, GUATEMALA,
HONDURAS Y EL SALVADOR





*A las personas migrantes
que nos permiten ser parte de su camino
y nos han enseñado tanta resiliencia,
fortaleza y autodeterminación*

AGRADECIMIENTOS:

A TODAS LAS PERSONAS QUE
CONTRIBUYERON A ESTE INFORME
Y A LOS EQUIPOS DE MÉDICOS DEL MUNDO
EN MÉXICO, HONDURAS,
EL SALVADOR Y GUATEMALA

EDICIÓN:

Tania T. Marín Macías

Coordinadora del informe y líder del proyecto.

Diana S. Gómez-López

Investigación, sistematización y redacción.

Marcela López Pacheco

Redacción y verificación de fuentes.

Evelyn Zorrilla Salazar

Sistematización y análisis de datos cuantitativos.

Melissa Esteban López

Sistematización y verificación de fuentes.

DISEÑO EDITORIAL:

Alexa Forero

Diseñadora gráfica e ilustradora

AVISO LEGAL

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

CITA SUGERIDA:

Tania Marín, Diana S. Gómez-López, Marcela López, Evelyn Zorrilla, Melissa Esteban. (2026). "La Cuerpa que Migra: Barreras y facilitadores para el ejercicio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de mujeres, niñas y población LGBTIQ+ migrante en México, Guatemala, Honduras y El Salvador". México: Médicos del Mundo.

D.R.
México, 2026.

1. ANTECEDENTES	
1.1 Médicos del Mundo en México y Centroamérica.	11
1.2 Contexto migratorio en México y Centroamérica.	14
1.3 Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres y personas LGBTQ+ migrantes.	13
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA	
2.1 Metodología.	20
2.2 Análisis.	21
3. POLÍTICAS DE SALUD CON ENFOQUE EN PERSONAS MIGRANTES EN MÉXICO, GUATEMALA, HONDURAS Y EL SALVADOR	
3.1 México	24
3.1.1 Chiapas	42
3.1.2 Tabasco	58
3.1.3 Chihuahua	67
3.2 Guatemala	81
3.2.1 Chiquimula	97
	104
3.3 El Salvador	118
3.3.1 Ahuachapán	
	122
3.4 Honduras	135
3.4.1 El Paraíso	135
3.4.2 Francisco Morazán	139
4. ANÁLISIS COMPARATIVO	
5. CONCLUSIONES	168
5.1 Limitaciones del informe todología.	175
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	176

INTRODUCCIÓN

El presente informe consiste en una revisión documental que examina diversos aspectos relacionados con las necesidades de salud sexual y reproductiva (SSR), así como las barreras y los factores facilitadores que inciden en el acceso a los servicios de salud entre mujeres y personas LGBTQ+ migrantes en cuatro países de origen y tránsito migratorio en América Latina: México, Guatemala, El Salvador y Honduras. Este análisis incluye no solo a las mujeres cisgénero sino también a otros grupos en situación de mayor desigualdad, como son las personas lesbianas, gays, bisexuales, personas transgénero, intersexuales y queer, así como otras identidades de género y orientaciones sexuales (LGBTIQ+).

Asimismo, se aborda el marco legal, normativo y operativo en materia de SSR y la forma en que los sistemas de salud de estos países reportan la atención brindada a personas en movilidad. Se incorporan, además, revisiones de informes institucionales y académicos sobre los servicios prestados en este ámbito.

El informe considera elementos clave en torno a las condiciones estructurales de vulnerabilidad determinadas por el género, explorando cómo estas configuran necesidades diferenciadas en SSR entre las personas migrantes. Dichas necesidades se ven atravesadas por factores contextuales, por las respuestas sociales e institucionales y por el momento específico del trayecto migratorio en que se encuentren.

Finalmente, se presentan una serie de reflexiones y conclusiones orientadas a comprender con mayor profundidad las barreras y facilitadores en el acceso a los servicios de SSR para personas migrantes. Se propone, además, avanzar hacia la eliminación de dichas barreras, reconociendo que los contextos nacionales son heterogéneos y, en el caso de los procesos migratorios, están sujetos a dinámicas cambiantes determinadas tanto por los flujos de movilidad como por las respuestas estatales de los países de tránsito y destino.

« ABSTRACT »

Barriers and Facilitators to the Exercise of Sexual and Reproductive Health and Rights of Women and LGBTQ+ Migrants in Mexico and Central America.

This report explores the sexual and reproductive health (SRH) needs of migrant populations, focusing on access barriers and facilitators within health systems in Mexico, Guatemala, El Salvador, and Honduras. It examines how these systems provide care for migrants and considers the legal frameworks for SRH, particularly for women and LGBTQ+ individuals. The report highlights how gender and migration status shape SRH needs and concludes with reflections on strategies to improve access in dynamic and context-specific migration scenarios.





«ACRÓNIMOS»

- Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres (México) **(AVGM)**
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados **(ACNUR)**
- Agencia Reguladora Sanitaria **(ARSA)**
- Centros de Atención al Migrante Irregular (Honduras) **(CAMI)**
- Centros de Apoyo Integral para Mujeres (México) **(CAIMUS)**
- Centros Coordinadores de Salud del Bienestar (México) **(CCSB)**
- Centros Integrales de Salud (Honduras) **(CIS)**
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (México) **(CNEGSR)**
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe **(CEPAL)**
- Comité Internacional de la Cruz Roja **(CICR)**
- Comité Internacional de Rescate **(IRC, por sus siglas en inglés)**
- Comisión Estatal de Derechos Humanos **(CEDH)**

- Comisión Nacional de Derechos Humanos **(CNDH)**
- Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados **(COMAR)**
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social **(CONEVAL)**
- Corte Interamericana de Derechos Humanos **(CIDH)**
- Clave Única de Registro de Población **(CURP)**
- Derechos Humanos **(DD.HH.)**
- Diario Oficial de la Federación (México) **(DOF)**
- Direcciones Departamentales de Redes Integradas de Servicios de Salud (Guatemala) **(DDRIS)**
- Distritos de Salud del Bienestar **(DSB)**
- Educación Integral en Sexualidad **(EIS)**
- Eventos Adversos después de la Vacunación o Inmunización **(ESAVI)**
- Estados Unidos **(EE. UU.)**

- Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (México) **(ENAPEA)**
- Estrategia para la provisión de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (El Salvador) **(SSAAJ)**
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia **(UNICEF, por sus siglas en inglés)**
- Fondo de Población de las Naciones Unidas **(UNFPA, por sus siglas en inglés)**
- Fondo Solidario para la Salud (El Salvador) **(FOSALUD)**
- Infecciones de Transmisión Sexual **(ITS)**
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social **(IGSS)**
- Instituto Hondureño de Seguridad Social **(IHSS)**
- Instituto Mexicano del Seguro Social **(IMSS)**
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México) **(INEGI)**
- Instituto Nacional de Migración (México) **(INM)**

- Instituto de Salud y Seguridad Social (México) **(ISSS)**
- Instituto de Salud para el Bienestar (México) **(INSABI)**
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (México) **(ISSSTE)**
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social **(ISSS)**
- Instituto Salvadoreño del Migrante **(INSAMI)**
- Interrupción Legal del Embarazo **(ILE)**
- Interrupción Voluntaria del Embarazo **(IVE)**
- Lesbianas, Gays, Bisexuales, personas Transgénero, Intersexuales y Queer, así como otras identidades de género y orientaciones sexuales **(LGBTIQ+)**
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (México) **(LGAMVLV)**
- Marco Integral Regional para la Protección y Soluciones **(MIRPS)**
- Médicos del Mundo **(MdM)**





«ACRÓNIMOS»

- Médicos del Mundo Francia **(MdM F)**
- Médicos del Mundo Suiza **(MdM S)**
- Médicos del Mundo España **(MdM E)**
- Médicos Sin Fronteras **(MSF)**
- Ministerio de Salud (El Salvador) **(MINSAL)**
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Guatemala) **(MSPAS)**
- Modelo de Atención a la Salud con Mecanismos Incluyentes (México) **(MoASMI)**
- Niños, Niñas y Adolescentes **(NNA)**
- Norma Oficial Mexicana **(NOM)**
- Organizaciones de la Sociedad Civil **(OSC)**
- Organización Internacional para las Migraciones **(OIM)**
- Organización Mundial de la Salud **(OMS)**
- Organización No Gubernamental **(ONG)**
- Organización de las Naciones Unidas **(ONU)**
- Organización Panamericana de la Salud **(OPS)**
- Petróleos Mexicanos **(PEMEX)**
- Pastilla Anticonceptiva de Emergencia **(PAE)**
- Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Honduras) **(PNSSR)**
- Plan de Acción de Estado Abierto Honduras 2023–2025 **(PAEAH)**
- Plan Integral de Atención a la Salud Migrante (México) **(PIASM)**
- Programa Ampliado de Inmunización **(PAI)**
- Programa de Atención Integral para el Bienestar de las Mujeres (México) **(PAIBIM)**
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo **(PNUD)**
- Redes Integrales de Servicios de Salud **(RISS)**
- Salud Sexual y Reproductiva **(SSR)**
- Secretaría de la Defensa Nacional (México) **(SEDENA)**

- Secretaría de Marina (México) **(SEMAR)**
- Secretaría de Gobernación (México) **(SEGOB)**
- Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud (México) **(SPPS)**
- Secretaría de Salud (México) **(SSA)**
- Secretaría de Salud de Honduras **(SESAL)**
- Semanas de Gestión **(SDG)**
- Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (México) **(SIPINNA)**
- Sistema de Información en Salud (México) **(SIS)**
- Sistema de Información en Salud (Honduras) **(SIS-H)**
- Sistema Nacional de Salud (México) **(SNS)**
- Sistema Nacional de Salud Pública **(SNSP)**
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (México) **(DIF)**
- Sistema Nacional Integrado de Salud de El Salvador **(SNIS)**
- Suprema Corte de Justicia de la Nación (México) **(SCJN)**
- Secretaría de la Defensa Nacional (México) **(SEDENA)**
- Unidades de Atención Primaria de Salud (Honduras) **(UAPS)**
- Unidades Médicas (México) **(UM)**
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional **(USAID)**
- Violencia Basada en Género **(VBG)**
- Violencia Sexual **(VS)**
- Virus de la Inmunodeficiencia Humana **(VIH)**
- Virus del Papiloma Humano **(VPH)**



1. ANTECEDENTES

- MÉXICO
- GUATEMALA
- HONDURAS
- EL SALVADOR



MdM
Suiza



MdM
Francia

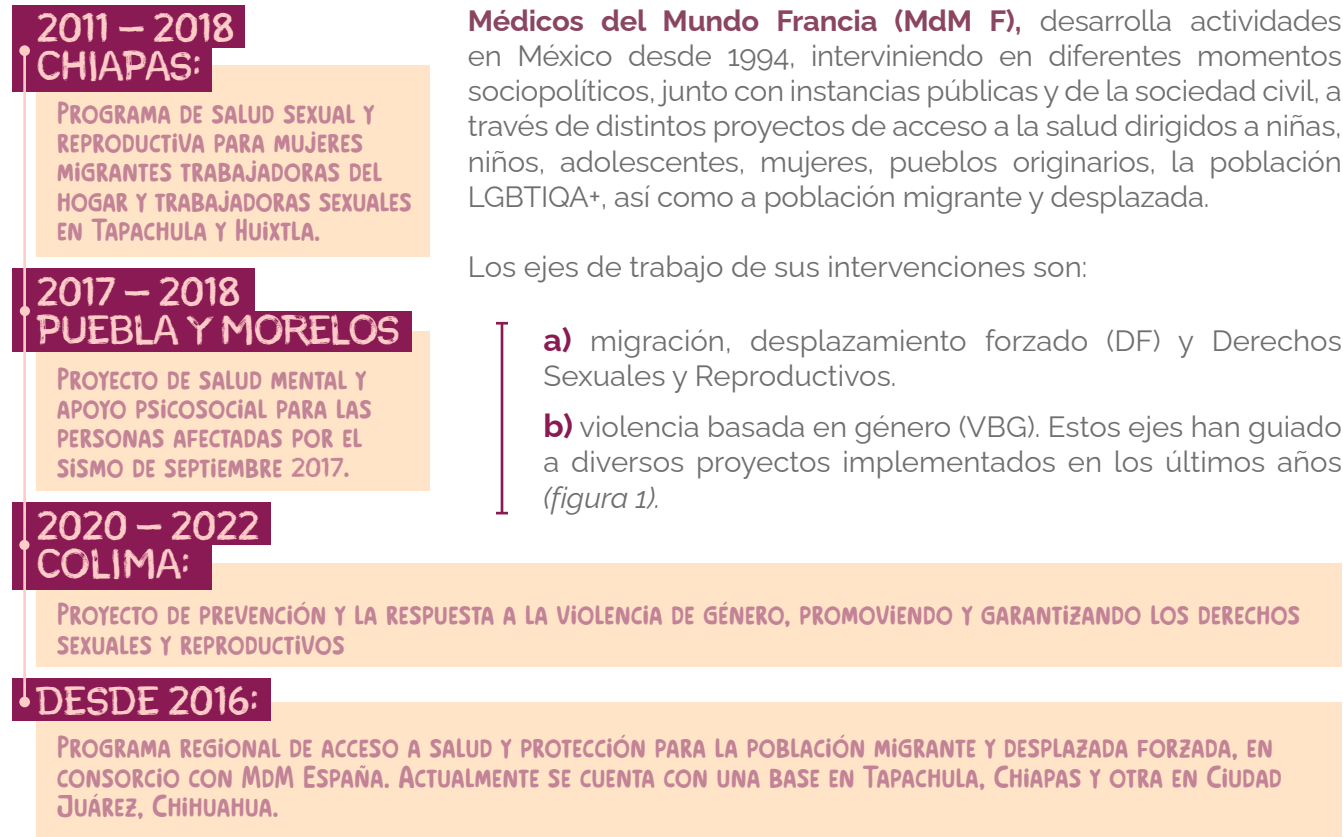


MdM
España

1.1 MÉDICOS DEL MUNDO EN MÉXICO Y CENTROAMÉRICA

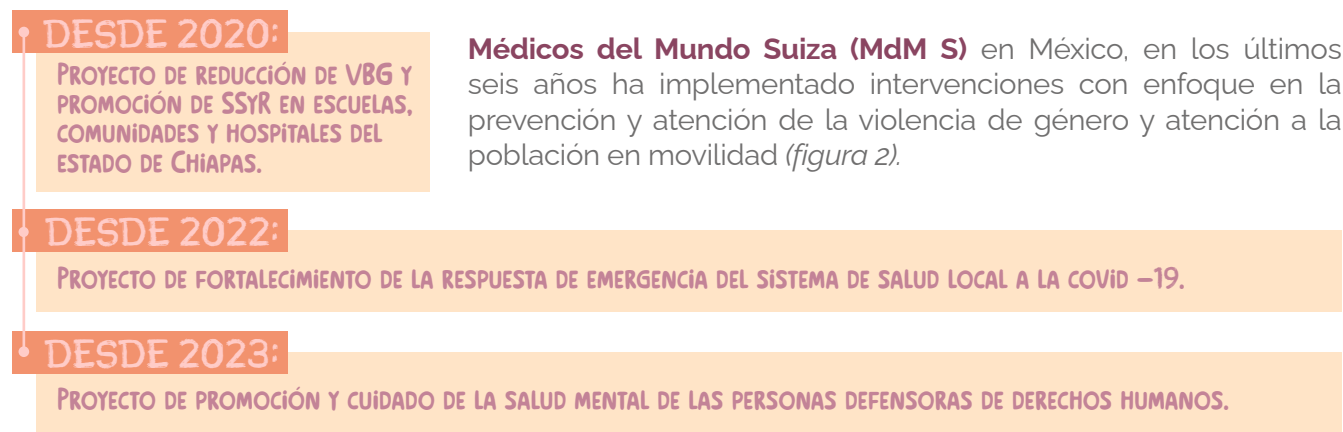
Médicos del Mundo (MdM) es una red de asociaciones de solidaridad internacional independiente que promueve el desarrollo humano mediante el derecho fundamental a la salud y a una vida digna para todas las personas, especialmente para las poblaciones vulnerables en situación de pobreza, inequidad de género y exclusión social o que sean víctimas de crisis humanitarias. **MdM** trabaja con los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad, articulando acciones de cooperación al desarrollo con acciones de asistencia humanitaria. Desde hace más de 30 años, la red de Médicos del Mundo ha trabajado en la región, con proyectos implementados por **MdM Francia (F)** y **MdM Suiza (S)** en México, y **MdM España (E)** en Centroamérica.

*Figura 1. Proyectos de MdM Francia en México



Fuente: elaboración propia.

*Figura 2. Proyectos de MdM Suiza en México.

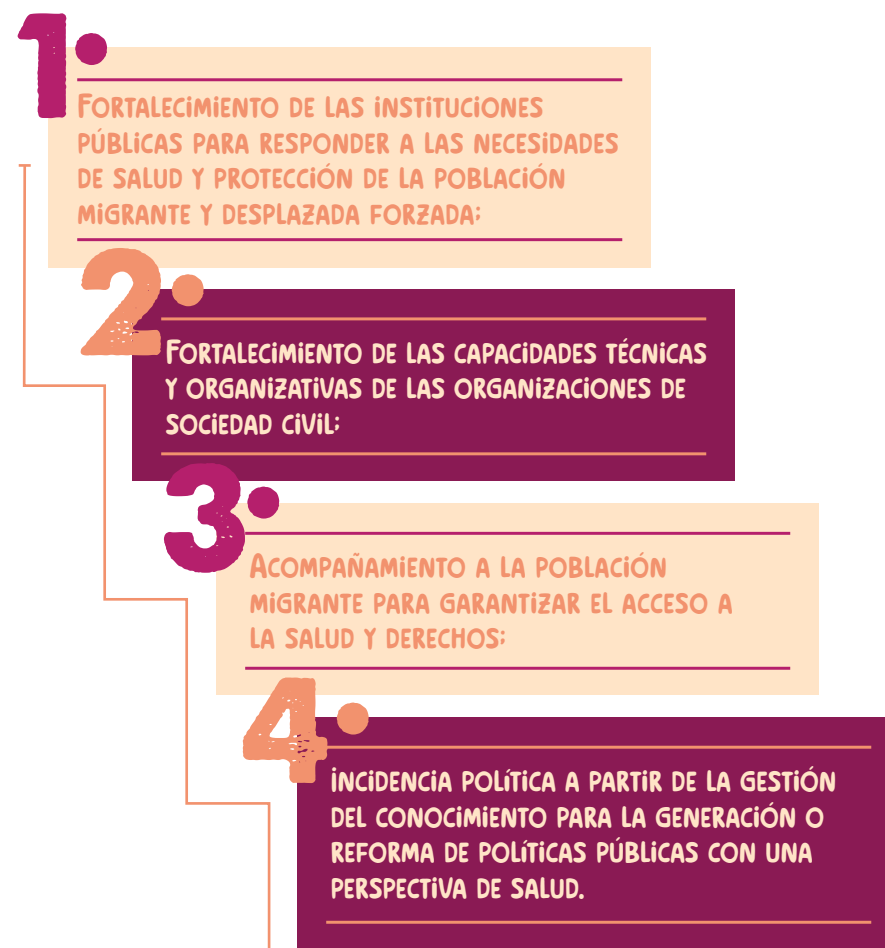


Fuente: elaboración propia.

« MDM ESPAÑA »

Médicos del Mundo España (MdM E) en Centroamérica, desarrollado diversos proyectos de alcance nacional y regional en Guatemala, Honduras y El Salvador (figura 3).

Como parte de la Red Internacional, los tres capítulos de Médicos del Mundo presentes en la región de México y Centroamérica cuentan con una estrategia regional conjunta para articular las intervenciones en los ejes comunes, en el marco del Programa Regional sobre Migración y Desplazamiento Forzado (figura 4).

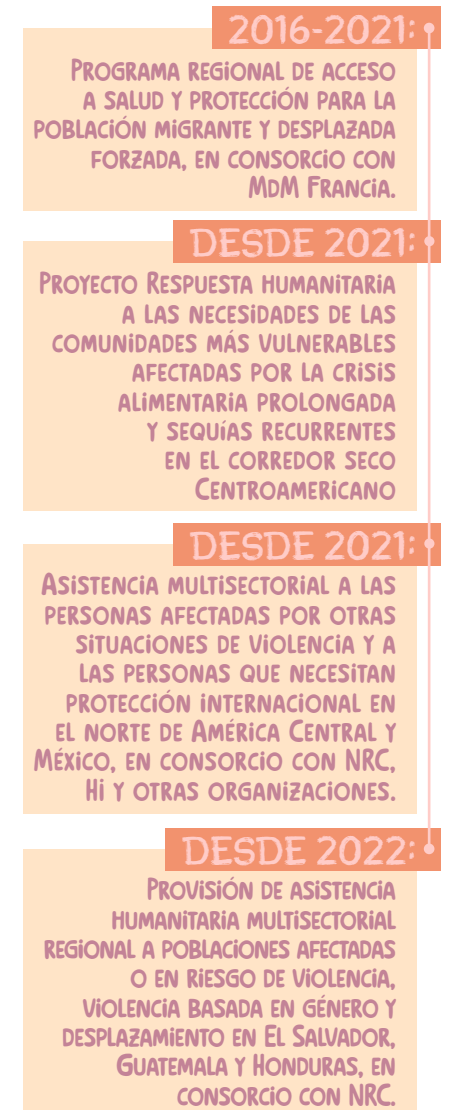


*Figura 4. Acciones del Programa Regional sobre Migración y Desplazamiento Forzado de MdM.

Fuente: elaboración propia.

Desde 2021, los tres capítulos de Médicos del Mundo han brindado servicios de atención primaria, de acompañamiento, referencia y vinculación a otras organizaciones e instituciones de salud públicas, además de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) a personas migrantes en los cuatro países de la región.

*Figura 3. Proyectos de MdM España en Centroamérica.



Fuente: elaboración propia.

1.2

CONTEXTO MIGRATORIO EN MÉXICO Y CENTROAMÉRICA

La movilidad humana es un fenómeno milenario presente en todas las sociedades del mundo. Según el Informe Sobre las Migraciones en el Mundo 2024, en 2020, la cifra de personas migrantes internacionales ascendía a 281 millones de personas, lo cual equivale al 3.6% de la población mundial, predominantemente por motivos económicos. De ellos, poco menos de la mitad eran mujeres y alrededor de 28 millones eran niños y niñas (1).

La dinámica migratoria en América es compleja y diversa, con flujos migratorios mixtos hacia el norte del continente, especialmente Estados Unidos (EE.UU.), y personas que retornan a sus países de origen debido a diversos motivos y en distintas situaciones legales (2,3). En México y Centroamérica, tanto la migración como el desplazamiento interno responden a múltiples factores, como la violencia, la escasez de oportunidades, la inequidad estructural, la pobreza, el limitado acceso a servicios esenciales, la inseguridad alimentaria y la desnutrición (4-6). Para 2024, se calculaban alrededor de 14 millones de personas migrantes interregionales en América Latina (2), con un número creciente de infancias en movilidad, que alcanzan hasta los 4.1 millones de niños y niñas (4), quienes requieren atención en áreas como salud, educación, nutrición y protección social.

En 2025, el contexto migratorio en México y Centroamérica se volvió aún más complejo debido a los cambios en las políticas migratorias de EE.UU. (3). El bloqueo a la solicitud de asilo dentro o fuera de su territorio; suspensión del programa de reasentamiento de refugiados; la finalización del estatuto de protección temporal y parole humanitario; y la facilitación de detenciones y deportaciones han provocado cambios masivos en la dinámica migratoria en toda América Latina y el Caribe (7,8). Estos cambios han contribuido a una situación humanitaria desafiante tanto para personas migrantes, refugiadas, solicitantes de refugio y en movilidad como para las organizaciones de la sociedad civil y agencias internacionales que proporcionan servicios y atención a esta población (3,9).

En el primer cuatrimestre de 2025, se observó una reducción en el flujo migratorio sur-norte en el continente americano (10,11). De acuerdo con cifras oficiales, los cruces de la frontera entre México y EE.UU. disminuyeron un 94% entre marzo-abril de 2025 en comparación con el mismo período en 2024 (10). En Honduras, durante enero a marzo de 2025, la migración en tránsito disminuyó en un 88%, en comparación con 2024 (10).

En este contexto cambiante, entre 8,000 y 10,000 personas migrantes se encuentran varadas en México, en camino hacia EE.UU. especialmente en Tapachula y sus alrededores (12). En 2025, la COMAR emitió 11,664 tarjetas de residentes permanentes a personas refugiadas en México (13), contribuyendo al perfil de México como uno de los cinco principales países que reciben solicitudes de asilo a nivel mundial (14). A la par, un creciente número de personas evalúan la migración de retorno, aunque la situación migratoria irregular, la falta de recursos y las condiciones en los países de retorno dificultan el regreso para estas personas (12).

El endurecimiento progresivo de la política migratoria en EE.UU. ha agudizado las problemáticas que enfrentan las personas migrantes (9,15), exigiendo una reestructuración en las respuestas gubernamentales de México y los países centroamericanos, en particular en lo que respecta al acceso a servicios, incluidos los de salud, para personas repatriadas y deportadas (16). Al mismo tiempo, en 2025, diversas organizaciones de la sociedad civil nacionales e internacionales con programas de atención a la población migrante en México, vieron afectada su capacidad de respuesta debido a la reducción en la disponibilidad de fondos para la ayuda humanitaria y los programas de desarrollo a nivel internacional (17-19).



1.3

LAS NECESIDADES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES Y PERSONAS LGBTIQ+ MIGRANTES

La literatura especializada en migración y salud reconoce la urgencia de incorporar enfoques de género e interseccionalidad para comprender las dinámicas en el corredor migratorio de El Salvador, Honduras, Guatemala y México. Este marco permite visibilizar que la decisión de migrar y las experiencias en el tránsito están atravesadas por el género, la etnicidad, la orientación sexual, la clase social, la edad y la discapacidad (20,21). Esto es especialmente clave cuando la evidencia actual nos habla de una creciente feminización de la migración en las últimas décadas, que reconfigura los perfiles de movilidad, exponiendo a mujeres y niñas a riesgos desproporcionados en el tránsito (22).



La violencia basada en género (**VBG**) representa una constante en las trayectorias migratorias de mujeres y niñas. Las mujeres y las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersexuales, queer y otras (**LGBTIQ+**), quienes usualmente emprenden el tránsito migratorio huyendo de la violencia en sus países de origen, pero durante su trayectoria enfrentan agresiones sexuales, trata de personas, explotación laboral y violencia intrafamiliar (**23–26**) que atentan contra su bienestar y salud mental (**27–29**). En este panorama adverso, usualmente viajan al cuidado de infancias y adultos (**23,30**), lo que complejiza sus trayectorias.

Según datos del Proyecto Migrantes Desaparecidos de la **OIM**, el 62 % de las mujeres encuestadas reportaron sentirse inseguras o muy inseguras durante el tránsito migratorio (**24**); sin embargo, la magnitud de la violencia que enfrentan las mujeres y las personas **LGBTIQ+** en el tránsito está sistemáticamente subestimada debido a diversos factores, como el miedo a reportar o las barreras para acceder a la justicia (**31,32**).

Diversos informes de organizaciones no gubernamentales, y de organismos internacionales han documentado una alta prevalencia de violencia género en la población migrante desde el país de origen y durante el trayecto migratorio (**33–35**). Según algunas aproximaciones, las mujeres y las personas **LGBTIQ+** experimentan un continuum de violencia, la cual en múltiples ocasiones, es motivo de migración y también se presenta durante el tránsito migratorio (**36,37**), exacerbando así los daños que generan en la salud de las personas, debido a la dificultad de atender las consecuencias de la VBG durante el tránsito.

Médicos sin Fronteras (**38**) reportó prevalencias de hasta 31.4% de **VS** entre las mujeres atendidas en México, mientras que reportes regionales indican que 8.8% de las personas migrantes reportaron haber experimentado **VS** en algún momento de sus vidas, de las cuales 81.9% eran mujeres (**37**). La ausencia de protección legal, el aislamiento social y las dificultades económicas agravan la vulnerabilidad de las mujeres migrantes (**39–42**). En estas situaciones de extrema vulnerabilidad y ante la ausencia de protección, algunas mujeres y niñas se ven forzadas a adoptar estrategias de supervivencia, como el sexo transaccional para asegurar protección o recursos básicos, lo cual incrementa su exposición a abusos (**43**). Los daños derivados de la **VS** pueden ser tanto fisiológicos —como **ITS**, **VIH**, lesiones físicas— como psicológicos —incluyendo ansiedad, culpa, vergüenza y depresión (**44,45**). Entre 2018 y 2023, el Instituto Nacional de Migración (**INM**) reportó 160 sobrevivientes de trata, de las cuales 89 eran mujeres (**46**).

La atención a las consecuencias de la violencia enfrenta múltiples desafíos, siendo el primero la prioridad que las personas dan a resolver otras necesidades, como acceso a recursos económicos o alimentos, sobre la atención de su salud (**47,48**). Pese a la extrema vulnerabilidad, las mujeres y personas **LGBTIQ+** migrantes enfrentan exclusión sistemática de los servicios de salud y justicia asociada a importantes barreras estructurales, como:

- I) exposición a violencia ejercida por actores estatales y el crimen organizado.
- II) obstáculos administrativos, lingüísticos y culturales al acceder a los servicios de salud.
- III) estigmatización y discriminación asociadas a la condición migratoria.
- IV) desconocimiento de los sistemas de salud.
- V) dificultades para asumir los gastos de bolsillo derivados de la atención médica (**48–57**).

Por otra parte, las mujeres migrantes enfrentan dificultades para acceder a una atención adecuada período prenatal, el parto y posparto. Las mujeres migrantes enfrentan riesgos significativos durante el periodo perinatal, especialmente cuando no han recibido atención prenatal o cuando reciben atención en condiciones precarias (**57,58**). En el estudio de Fernández-Niño et al. (**59**), nueve de cada diez mujeres migrantes reportaron algún tipo de violencia por parte de su pareja y la mitad percibía su salud durante el embarazo como buena o muy buena. El 51.3% presentó anemia ferropénica y el 87% algún grado de inseguridad alimentaria. La prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos fue del 32%.

En México y varios países de América Latina, las mujeres migrantes han reportado experiencias traumáticas durante el parto, incluyendo malos tratos por parte del personal de salud, falta de analgesia, y la imposición de procedimientos médicos no consentidos, como cesáreas innecesarias. Estas prácticas, que violan los derechos reproductivos y la dignidad de las mujeres, pueden estar motivadas por prejuicios raciales, xenofobia o falta de sensibilización cultural (**57,60,61**). Vega Gutierrez et al. (**62**), demuestran además que la probabilidad de bajo peso al nacer de recién nacidos de madres migrantes que no se realizaron controles prenatales es cuatro veces más a la de los hijos de madres migrantes que tuvieron cuatro controles prenatales o más.

La vulnerabilidad, escaso capital social y limitada garantía de sus derechos humanos, impactan en el acceso a servicios esenciales de **SSR**, como anticoncepción, interrupción del embarazo, atención prenatal, manejo de infecciones de transmisión sexual (**ITS**), diagnóstico y tratamiento de **VIH**, detección de cáncer cérvico uterino, y atención en casos de **VBG** (54,57,63). Como consecuencia, se aumenta el riesgo de embarazos no intencionales, complicaciones obstétricas y abortos inseguros, además de complicaciones de salud por **ITS** no detectadas o tratadas (43,56,57,64).

La dificultad de acceder a servicios de **SSR** cuidados adecuados genera disparidades significativas en los resultados de salud entre la población migrante y la local, lo que limita las posibilidades de las mujeres migrantes de trabajar, estudiar y participar plenamente en la vida comunitaria (57,65) y en su integración en las sociedades de destino, lo cual contribuye a perpetuar ciclos de pobreza y exclusión (39,64). Por tanto, garantizar el acceso a servicios de SSR resulta fundamental para promover el bienestar de las mujeres y personas **LGBTIQ+** migrantes.

Las implicaciones de este complejo perfil para los sistemas de salud en los países de tránsito y destino son significativas (49,66), generando la necesidad de respuestas integrales y adecuadas a instituciones que se enfrentan a sus propios retos asociados a los limitados recursos y otros retos nacionales (66). Ante la insuficiente respuesta estatal, las organizaciones de la sociedad civil, los albergues y otros actores presentes en la ruta migratoria son frecuentemente la principal – y en ocasiones la única– red de apoyo que facilita el acceso a la atención de salud de las mujeres migrantes (67). Por ello, la coordinación interinstitucional es clave para garantizar el acceso a la atención de calidad como una medida de salud pública regional (68–70).



2 REVISIÓN DE LA LITERATURA



El objetivo general de la presente revisión documental es identificar las principales barreras y facilitadores de acceso a la salud sexual y reproductiva en mujeres y población **LGBTIQ+** migrante en algunas ciudades seleccionadas de México, Guatemala, Honduras y El Salvador donde **MdM** ha trabajado.

2.1 | METODOLOGÍA

Para la construcción de este informe, se llevó a cabo una revisión rápida de la literatura de alcance regional, publicada entre 2021 y 2024. El objetivo de la revisión fue integrar un marco contextual y normativo que permitiera contrastar los documentos oficiales con las necesidades de salud **SSR** documentadas, y la provisión de servicios **SSR** y de atención a la **VBG** en el contexto migratorio de la región.

La búsqueda y sistematización se basó en criterios de relevancia temática, actualidad y rigor metodológico. Las fuentes analizadas incluyeron:

- I) informes gubernamentales, datos oficiales obtenidos a través de portales institucionales de los Ministerios o Secretarías de Salud, instituciones migratorias y otras;
- II) documentos de política pública, marcos normativos, protocolos operativos y lineamientos;
- III) publicaciones científicas y académicas indexadas;
- IV) documentos y reportes elaborados por agencias internacionales y organizaciones de la sociedad civil.

La búsqueda incluyó el marco normativo a nivel nacional y subnacional.¹ El análisis documental se estructuró por país, con especial énfasis en los sitios donde **MdM** desarrolla proyectos de atención a las necesidades médicas. Las localidades incluidas en esta revisión fueron:

- **EL SALVADOR:** AHUACHAPÁN.
- **GUATEMALA:** ESQUÍPULAS Y CHIQUÍMULA.
- **HONDURAS:** EL PARAÍSO Y FRANCISCO MORAZÁN.
- **MÉXICO:** TAPACHULA Y PALENQUE, EN CHIAPAS; TENOSIQUE, EN TABASCO; Y CIUDAD JUÁREZ, EN CHIHUAHUA.

Se incluyeron los marcos normativos vigentes sobre la organización y funcionamiento de los sistemas de salud e información, las políticas y servicios destinados a atender las necesidades de **SSR** de las mujeres y la población **LGBTIQ+**

¹ Se emplea el término subnacional para homologar las distintas divisiones geopolíticas de los países de la región, incluyendo departamentos en los países de Centroamérica y entidades federativas/municipios en México.

migrantes, específicamente aquellos que abordan: consejería y entrega de métodos anticonceptivos; atención prenatal, obstétrica y posnatal; aborto seguro; atención de la **VS**; y prevención, detección y manejo de cáncer cervicouterino.

La información documental se complementó con los datos de **MdM** sobre las atenciones de **SSR** provistas en cada uno de los sitios de interés. Además, los equipos en el terreno informaron sobre la disponibilidad de servicios de salud **SSR** y para atender la **VBG** disponibles a nivel local.

2.2 | ANÁLISIS

Para comprender de manera integral las necesidades de **SSR** y para atender la **VBG** de las mujeres y personas **LGBTIQ+** migrantes; la respuesta institucional y organizacional; y las barreras y oportunidades en el acceso a los servicios, se adoptó un enfoque de tres niveles:

- Macro, que busca documentar si el acceso a servicios de **SSR** y atención a la **VBG** están garantizados en el papel; especialmente si las políticas públicas incluyen de manera explícita a las personas migrantes.
- Meso, en el que se analiza la capacidad institucional y los mecanismos o recursos existentes para implementar las políticas públicas; incluyendo la coordinación intersectorial.
- Micro, enfocado en la realidad operativa a nivel local, incluyendo el mapeo de servicios a nivel local, las barreras documentadas y el rol que cumple la sociedad civil para atender las necesidades de las mujeres y personas **LGBTIQ+** migrantes, especialmente la respuesta humanitaria de **MdM** en el terreno.

El enfoque inductivo permitió identificar las brechas de implementación entre los marcos normativos y operativos, y el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, como se verá a lo largo del informe, existen brechas de información a nivel local que, en última instancia, también refieren a brechas en la atención de las necesidades de **SSR** y **VBG**.

3 • POLÍTICAS DE SALUD CON ENFOQUE EN PERSONAS MIGRANTES

EN MÉXICO, GUATEMALA, HONDURAS Y EL SALVADOR

El marco internacional en materia de **SSR** y atención de la **VBG** incluye obligaciones vinculantes para México, Guatemala, El Salvador y Honduras. Los cuatro Estados forman parte de tratados, acuerdos y compromisos regionales e internacionales orientados a garantizar el acceso equitativo y sin discriminación a los servicios de salud. Los instrumentos rectores que contemplan la protección de las mujeres y las personas **LGBTIQ+** migrantes incluyen:

- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (**CEDAW**): obliga a los Estados a eliminar la discriminación contra las mujeres en todos los ámbitos, incluyendo el acceso a servicios de salud reproductiva (71).
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José): establece derechos fundamentales, incluyendo el derecho a la vida y a la integridad personal, que son relevantes en el contexto de la **SSR** (72).
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará): reconoce el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, lo cual incluye la violencia obstétrica y otras formas de violencia relacionadas con la **SSR** (73).
- Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013): acuerdo regional que promueve políticas públicas para garantizar los derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en la igualdad de género y el acceso universal a servicios de salud (74).

Además de estos mecanismos internacionales, los países han suscrito otras iniciativas que reconocen que la migración es un fenómeno estructural que impacta en diferentes niveles a los países en tránsito y que obliga a respuestas articuladas:

- Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito, impulsado en 2016 por cinco agencias de Naciones Unidas, buscaba fortalecer las redes locales de atención a personas migrantes sobrevivientes de violencia sexual (**VS**) en la frontera sur de México (76). Aunque reveló que las redes de la sociedad civil logran ofrecer servicios con enfoque de derechos humanos, la experiencia evidenció barreras institucionales, como la solicitud de documentación migratoria o de identidad, que restringen el acceso efectivo a los servicios de salud (77).
- Declaración de Mesoamérica sobre Salud y Migración, acuerdo regional firmado en 2017 orientado a garantizar el acceso equitativo y sin discriminación a servicios de salud independientemente del status migratorio de las personas (78). La declaración promueve la coordinación interinstitucional, la vigilancia epidemiológica y la respuesta a emergencias bajo principios de derechos humanos, género e interculturalidad.
- Marco Integral Regional para la Protección y Soluciones (**MIRPS**), consolidado en la Declaración de San Pedro Sula, firmada por Guatemala, Honduras y México en 2017 (a la cual se sumó El Salvador en 2019) (79), constituye una aplicación del Pacto Mundial sobre los Refugiados (80). El MIRPS busca asegurar soluciones duraderas y protección internacional para las personas desplazadas por violencia y promueve la cooperación entre países de origen, tránsito y destino bajo el principio de responsabilidad compartida entre los Estados.

A pesar de la existencia de este andamiaje jurídico internacional y de que las constituciones de los cuatro países reconocen el derecho a la salud, la realidad que enfrentan las mujeres y las personas **LGBTIQ+** migrantes es la exclusión. La evidencia subraya los vacíos sistémicos en la protección de las personas migrantes, con especial omisión en la respuesta a sus necesidades de salud mental, **SSR** y atención a la **VBG** (50,81).

3.1 MÉXICO



1. Aguascalientes
2. Baja California
3. Baja California Sur
4. Campeche
5. Chiapas
6. Chihuahua
7. Ciudad de México
8. Coahuila
9. Colima
10. Durango
11. Guanajuato
12. Guerrero
13. Hidalgo
14. Jalisco
15. México (Estado de México)
16. Michoacán de Ocampo

17. Morelos
18. Nayarit
19. Nuevo León
20. Oaxaca
21. Puebla
22. Querétaro
23. Quintana Roo
24. San Luis Potosí

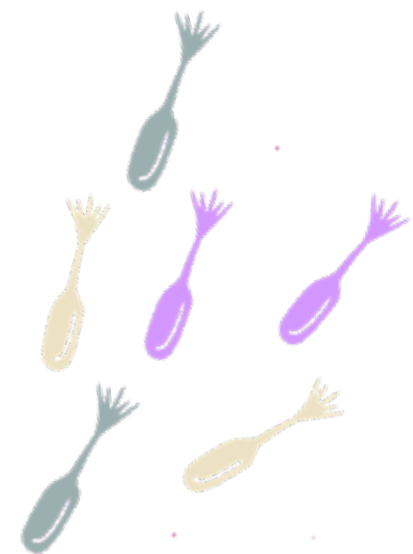
25. Sinaloa
26. Sonora
27. Tabasco
28. Tamaulipas
29. Tlaxcala
30. Veracruz
31. Yucatán
32. Zacatecas

« SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO »

En la República Mexicana, el Artículo 1° Constitucional prohíbe la discriminación de cualquier persona, especialmente por su origen o condición de salud, además de reconocer que todas las personas que se encuentren en territorio nacional gozarán de los derechos humanos consagrados en la Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano es parte. El Artículo 4° consagra el derecho a la protección de la salud de todas las personas (82).

Esta garantía se refuerza en la Ley General de Salud (Artículo 77 Bis 1), que establece que todas las personas que se encuentren en el país tienen derecho a recibir, de manera gratuita y sin discriminación, servicios de salud, así como medicamentos e insumos asociados, en el momento en que requieran atención médica (83). En la reforma de 2022 del Artículo 72, se incluyó el derecho a gozar del más alto nivel de atención a la salud mental sin discriminación por origen étnico, nacional o su situación migratoria (84). Por otra parte, la Ley de Migración reconoce el derecho de las personas migrantes, independientemente de su situación migratoria, a recibir atención médica, incluyendo servicios de urgencia, sin restricciones adicionales a las aplicadas a la población mexicana (85).

El sistema de salud en México se caracteriza por una fragmentación institucional (86). El acceso a la atención médica en México está determinado por esquemas de afiliación; o derechohabencia, vinculados con la condición laboral de las personas: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para los empleados del sector privado; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE); servicios de la Marina, la Secretaría de la Defensa (SEDENA) y de Petróleos Mexicanos (PEMEX) para los trabajadores de esa dependencia; y el Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar), para las personas que no cuentan con derechohabencia. Adicionalmente, el sector privado de salud opera de forma paralela al sistema público y su acceso está mediado por la capacidad económica de los usuarios (Figura 1).



* Figura 1. Sistema de Salud en México

ÓRGANO RECTOR	Secretaría de Salud (SSA)						
SECTOR	Sector público						Sector privado
BENEFICIARIOS	Población sin seguridad social		Población con seguridad social				Población con capacidad de pago
	Trabajadores del sector informal, personas migrantes, desempleados		Empleados asalariados del sector público y privado, sus familiares y personas retiradas				
PROVEEDORES Y GESTORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Servicios de salud IMSS - bienestar	Institutos estatales de salud	IMSS	ISSSTE federal o estatal	SEDENA MARINA PEMEX	Otras	Consultores adyacentes a farmacias. Servicios y seguros privados
	23 estados con convenio	9 estados sin convenios					

* Fuente: elaboración propia con datos de la SSA, 2025.

En materia de cobertura, según datos de **INEGI**, para 2020 el 51.0% de la población tenía derechohabencia en el **IMSS**, 35.5% en el **INSABI** ²; 8.8% en el **ISSSTE** federal o estatal; 2.8% en instituciones privadas; 1.3% en servicios de **PEMEX**, **SEDENA** o **MARINA**; y 1% en **IMSS-Bienestar** (87).

El IMSS-Bienestar, se creó en 2022, tiene el mandato de “otorgar atención médica y medicamentos gratuitos a las personas sin seguridad social” (88). Se trata de un organismo público descentralizado enfocado en brindar atención en salud gratuita (89).

Para la prestación de servicios, el gobierno de México creó el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (**MAS-Bienestar**), que busca orientar las formas de trabajo de los servicios públicos de salud, basado en la atención primaria de salud y centrado en las personas, familias y comunidades (93). Reconociendo que existen determinantes sociales de la salud y que la interseccionalidad de la experiencia humana es clave para la prestación de servicios de salud. En 2025 se creó el Modelo de Atención a la Salud con Mecanismos Incluyentes (**MoASMI**), con especial énfasis en la equidad, inclusión y calidad, el cual busca coadyuvar al MAS Bienestar a alcanzar sus objetivos en los grupos de atención prioritaria, incluyendo mujeres y personas migrantes (94).

² [La información más reciente es de 2020, año en el que la transición hacia IMSS-Bienestar aún no se concretaba, por lo que se reporta como acceso a INSABI.]

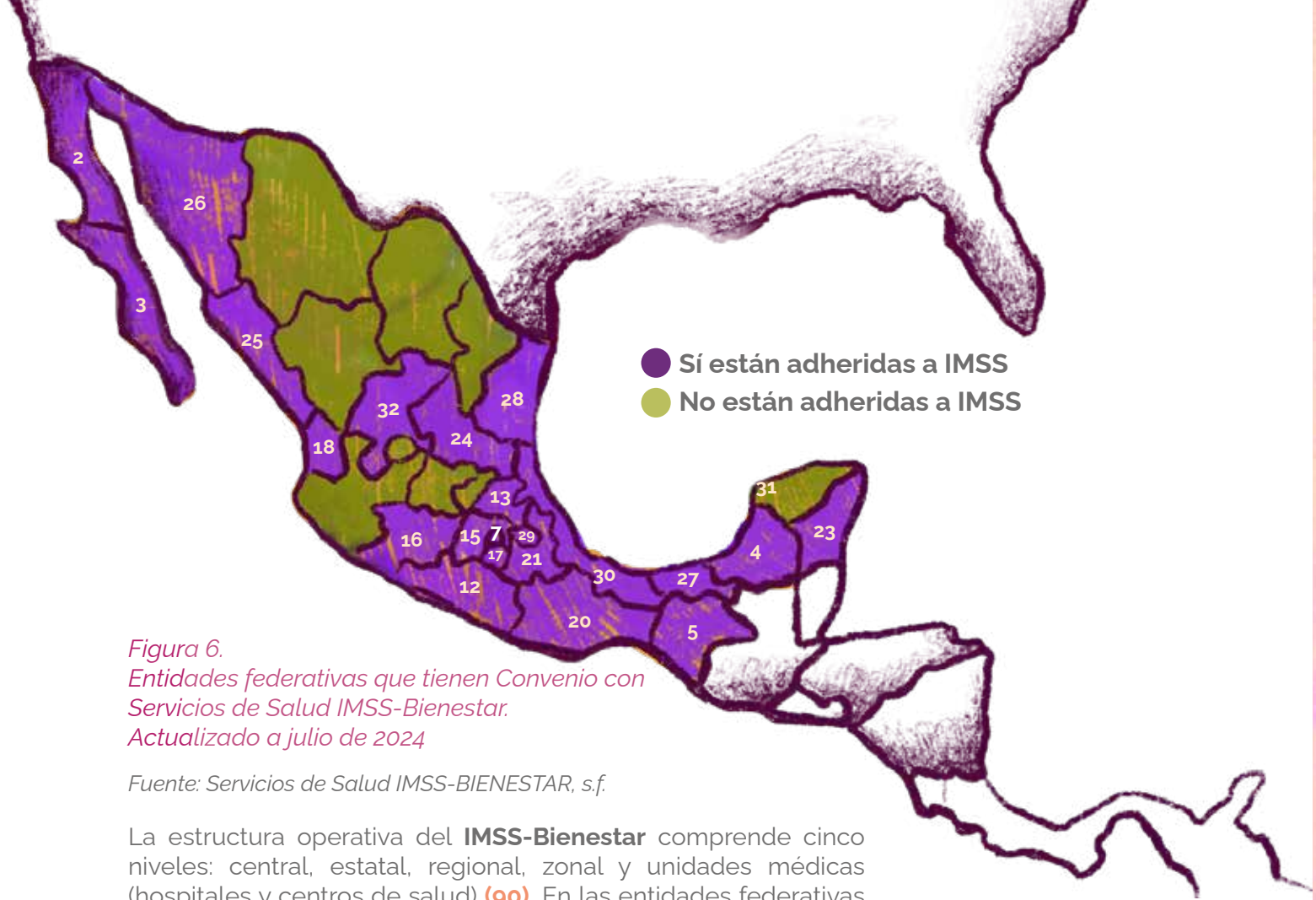


Figura 6.
Entidades federativas que tienen Convenio con Servicios de Salud IMSS-Bienestar.
Actualizado a julio de 2024

Fuente: Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR, s.f.

La estructura operativa del **IMSS-Bienestar** comprende cinco niveles: central, estatal, regional, zonal y unidades médicas (hospitales y centros de salud) (90). En las entidades federativas que no tienen un Convenio con el IMSS-Bienestar, las Secretarías Estatales de Salud tienen la rectoría del sistema estatal de salud, y sus Institutos Estatales de Salud proporcionan servicios de salud para la población sin seguridad social. Los requisitos para registrarse y acceder a los servicios son:

- Contar con la Clave Única de Registro de Población (CURP), que es el registro individual de cada persona que reside en México, realizado por la Secretaría de Gobernación.
- Comprobante de domicilio de los últimos tres meses (recibos de servicios de luz, agua, etcétera).
- Fotografía del rostro.
- Identificación oficial vigente.
- Brindar datos de contacto personales, como correo electrónico o número de teléfono (95).

Al ser el único subsistema público enfocado en la población sin afiliación a la seguridad social, el IMSS-Bienestar es la alternativa institucional para la atención de las necesidades de salud de las personas migrantes en el sistema público. Sin embargo, los requisitos de registro constituyen una barrera administrativa para acceder a servicios de salud especialmente para quienes se encuentran en una situación migratoria irregular, en situación

- 2. Baja California
- 3. Baja California Sur
- 4. Campeche
- 5. Chiapas
- 7. Ciudad de México
- 9. Colima
- 11. Guanajuato
- 12. Guerrero
- 13. Hidalgo
- 15. México (Estado de México)
- 16. Michoacán
- 17. Morelos
- 18. Nayarit
- 20. Oaxaca
- 21. Puebla
- 23. Quintana Roo
- 24. San Luis Potosí
- 25. Sinaloa
- 26. Sonora
- 27. Tabasco
- 28. Tamaulipas
- 29. Tlaxcala
- 30. Veracruz
- 32. Zacatecas

de calle o habitando los campamentos en diversas ciudades de México. Asimismo, se presta a prácticas discrecionales y discriminatorias hacia quienes no cuentan con estos documentos debido a su situación migratoria (23,96).

Las dificultades para acceder a los servicios de salud se agravan en las entidades federativas que no han firmado el convenio de federalización. En estos estados, la provisión de servicios de salud a migrantes depende de las políticas estatales, sumamente variables y, a menudo, restrictivas. Un ejemplo es el acceso a tratamiento antirretroviral para personas migrantes con VIH, el cual suele estar condicionado a la presentación de visas, tarjetas por razones humanitarias u otros documentos migratorios que acrediten la estancia regular en México, práctica que persiste desde la época del Seguro Popular, a pesar de las reformas legales y normativas recientes (57,69).

« SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD (SIS) DE MÉXICO »

El Sistema de Información en Salud (SIS) en México es un conjunto integrado de subsistemas que generan datos relevantes para la elaboración de indicadores en tres dominios: determinantes de la salud, estado de salud de la población y desempeño del sistema de salud. Los datos del SIS son producto de la recolección, sistematización, análisis y reporte de variables recolectadas en las Unidades Médicas (UM), que se consolidan en los Distritos de Salud y nutren las plataformas estatales y federales (figura 3).

Figura 7. Flujo de datos del Sistema de Información de Salud (SIS) en México



Fuente: Elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2024

La recolección de datos de salud en México se realiza de manera progresiva a través de formatos estandarizados, los cuales se sustentan en las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y las Guías de Práctica Clínica. Sin embargo, el SIS se enfrenta a varias problemáticas que dificultan su funcionamiento: la falta de homologación en los procesos de recolección de datos en las diferentes unidades médicas a nivel local, estatal y federal; la asincronía en los tiempos de reporte; el subregistro de casos atendidos fuera de unidades médicas formales, como en albergues o casas de migrantes; y la insuficiente desagregación y optimización de variables necesarias para identificar adecuadamente grupos poblacionales específicos, incluyendo a la población migrante (98,99).

Sin embargo, cuando se trata de cuantificar la utilización de servicios y las necesidades de salud de la población migrante en México, se enfrentan dificultades sustanciales asociadas al registro de las personas en el SIS (36). Se ha reportado que el uso de servicios públicos de salud, y por ende el registro de las necesidades, entre la población migrante es bajo, debido a factores como requisitos administrativos o discriminación (37). Además, las personas migrantes prefieren el uso de los servicios de organizaciones de la sociedad civil, los albergues y otros actores en la ruta (38). Al no contar con sistemas de información integrados, esto resulta en dificultades añadidas para cuantificar las necesidades y comprender las dinámicas de búsqueda y uso de servicios.

« POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD PARA ATENCIÓN A LA POBLACION MIGRANTE EN MÉXICO »

El Plan Nacional de Desarrollo 2019 – 2024 (PND), contempla la cobertura universal de salud para todas las personas, incluyendo a las personas migrantes. Como parte de la propuesta de dar soluciones “de raíz” a la migración, el PND también contemplaba garantizar el acceso a derechos sociales, incluida la salud, para las personas migrantes (100). Para 2025, el PND considera la atención integral a las personas migrantes, y la implementación de políticas mediante el SNS para la atención de grupos vulnerables, como la población en movilidad (101).

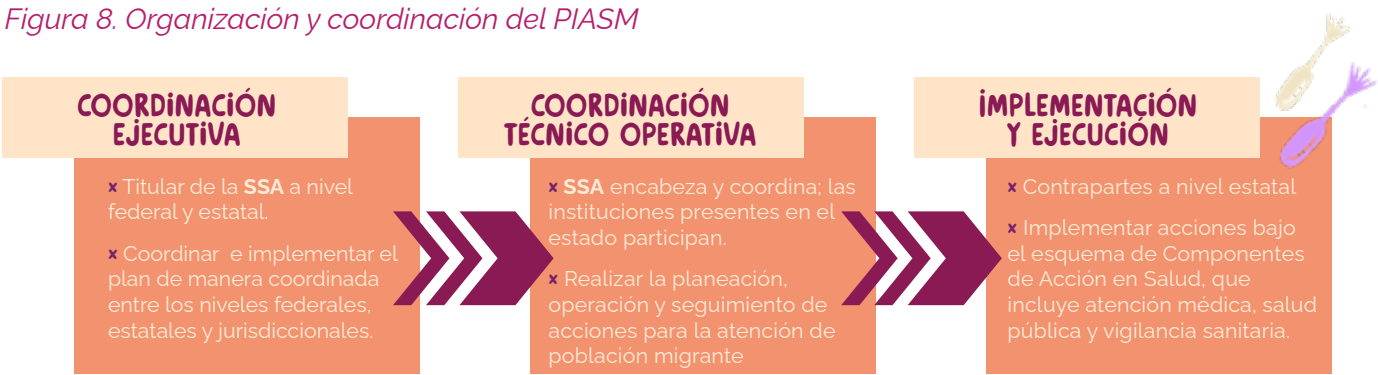
El contexto de México, configurado como un importante país de tránsito y destino para las personas migrantes, ha obligado al reconocimiento de la salud de las personas migrantes como un eje prioritario, para responder a las necesidades y gestionar

los riesgos que enfrentan durante su tránsito (101,102). Como respuesta, el Gobierno de México implementó el Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante (PIASM) una estrategia orientada a atender las necesidades específicas de salud en las distintas etapas de su trayecto —ingreso, tránsito o asentamiento— dentro del territorio nacional (103).

Los objetivos del PIASM incluyen coordinar la atención a la salud, favorecer el acceso a atención médica e identificar oportunamente riesgos a la salud pública. Para ello, el plan contempla acciones administrativas y operativas a nivel federal, estatal y local para garantizar atención integral sin importar la condición migratoria, involucrando diversas instituciones públicas y organizaciones sociales.

El PIASM busca integrar un marco de acción que asigna responsabilidades a los distintos niveles de gobierno en todas las instancias del sector salud, y organizaciones nacionales e internacionales. Para ello, el PIASM contempla diversos niveles de acción (Figura 4):

Figura 8. Organización y coordinación del PIASM



Fuente: elaboración propia con información del PIASM.

Para su implementación y seguimiento, el PIASM plantea el trabajo coordinado a diferentes niveles, incluyendo acciones administrativas y operativas. El PIASM incluye formatos para el registro de triage epidemiológico, atenciones en salud mental, promoción de la salud, vacunación y atención a mujeres embarazadas en albergues. Aunque incluye información clave, como países de origen y tránsito, la integración de esta información al SIS no está contemplada (103).

La primera edición del PIASM incluye la recomendación de su revisión y actualización anual. No obstante, para 2025, una versión revisada del PIASM aún no se encuentra disponible. Esta falta de actualización compromete su relevancia operativa, ante la reorganización del sistema de salud y la consolidación del IMSS-Bienestar como eje centralizado, lo que amenaza la implementación y el análisis de la información contenida en el PIASM.

El Instituto Nacional de las Mujeres lanzó en 2024 el proyecto especial **Mujeres Migrantes: frontera a frontera tus derechos contigo**, el cual busca coordinar el trabajo interinstitucional en tres niveles de gobierno para dar cumplimiento a la política migratoria con una perspectiva de género. El programa incluye el fortalecimiento institucional para la atención de las mujeres sobrevivientes de violencia y atención a la salud mental; sin embargo, no existen informes que midan el impacto de las acciones realizadas (104).

El marco jurídico en México garantiza la atención médica para las mujeres y las personas **LGBTIQ+** migrantes. No obstante, persisten brechas significativas entre la legislación y su implementación. Por ejemplo, a pesar de la facultad del IMSS Bienestar de proveer atención integral y gratuita, estudios han documentado que esto no se garantiza de manera plena, y las personas migrantes enfrentan barreras administrativas, estructurales y discriminatorias que limitan el ejercicio efectivo de este derecho (34,48).

Además de la respuesta institucional a las necesidades de la población migrante, especialmente mujeres, niñas y personas **LGBTIQ+** en México, existen diversas organizaciones sociales, no gubernamentales y agencias de cooperación internacional que implementan estrategias y programas de atención a las necesidades de SSR de las personas en tránsito por México. Entre las principales destaca **MdM, Médicos sin Fronteras, ACNUR, las Casas y Albergues de Migrantes**, y diversas organizaciones religiosas y de la sociedad civil (38,48,67,105,106), que buscan contribuir a cerrar las brechas de atención que persisten en el país.

« POLÍTICAS DE SALUD, SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN MÉXICO »

En México, la protección y previsión de servicios de SSR se sustenta en un marco normativo integral que articula la legislación nacional con los compromisos internacionales asumidos por el Estado. La planificación familiar está amparada dentro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al reconocerse el derecho de todas las personas en el territorio para decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos; y se complementa con la Ley General de Salud. Además, el marco legal en México reconoce y garantiza los derechos a los servicios de SSR y a acceder a métodos anticonceptivos (82,83,107).

La SSA, como entidad rectora, tiene el mandato de garantizar el acceso efectivo a estos servicios en concordancia con lo establecido en este marco normativo, entre otras disposiciones normativas (Tabla 1).

Tabla 1. Leyes y normativas que fundamentan los Derechos Sexuales y Reproductivos en México

Ley General de Salud (83)	Art. 27: Considera los servicios de SSR como básicos. Además, establece la prioridad de prevenir la transmisión vertical de VIH ; y define los servicios de planificación familiar; prevención de VIH y otros servicios de SSR
Ley General de Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (108)	Art. 13: Reconoce de manera explícita los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes. Artículo 50: Nombra el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, incluyendo atención preventiva, servicios de SSR , atención especial a enfermedades, asesoría sobre SSR y atención especial a sobrevivientes de VS . Art. 89: Establece las medidas especiales de protección para los niños, niñas y adolescentes migrantes
Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (109)	Art. 1: reconoce que la discriminación por situación migratoria, e incluye la discriminación interseccional. Art. 9: Prohíbe la estigmatización y negación de derechos a personas con VIH/SIDA o antecedentes de salud física o mental; y reconoce que negar o limitar información sobre derechos sexuales y reproductivos es un acto discriminatorio.
Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (110)	Art. 34: No se puede exigir acreditar situación migratoria para acceder a órdenes de protección.
Reglamento de la Ley General de Población (107)	Art. 16: Garantiza la gratuidad de los servicios de planificación familiar en instituciones públicas. Art. 17: Enfatiza la adopción de un enfoque de género en programas de planificación familiar. Art. 18: Establece la importancia de la educación sobre decisiones libres y responsables en SSR . Art. 20°: Garantiza la libre elección de métodos para regular la fecundidad.
NOM-039-SSA2-2014 (111)	Establece los lineamientos para la prevención y control de infecciones de transmisión sexual (ITS).
NOM-041-SSA2-1994 (112)	Establece los lineamientos nacionales para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino.
NOM-007-SSA2-2016 (113)	Regula la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, previniendo la violencia obstétrica y garantizando el acceso a cuidados neonatales, sin distinción de origen nacional.
NOM-010-SSA-2023 (114)	Establece el derecho a la prueba voluntaria de VIH , el tratamiento gratuito y la confidencialidad, prohibiendo cualquier forma de estigmatización hacia poblaciones en movilidad.
Programa de Acción Específico VIH 2020-2024 (115)	Promueve coordinación para atención a personas con VIH desde una perspectiva de derechos humanos. Además, reconoce que las mujeres y las personas migrantes se encuentran en una situación de vulnerabilidad adicional que debe ser atendida.

Fuente: Elaboración propia, con información de los instrumentos citados, 2026

Este andamiaje jurídico tiene como objetivo garantizar que la población acceda a información, orientación y servicios de salud, promoviendo el ejercicio de decisiones libres, informadas y responsables sobre su vida sexual y reproductiva. Este marco además contempla acciones que se orientan a garantizar que cualquier mujer, niña o persona **LGBTIQ+**, incluyendo personas migrantes, acceda a estos servicios, según las disposiciones de cada uno de ellos.

« CONSEJERÍA Y ENTREGA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS »

En México, la prestación de servicios de planificación familiar y la entrega de métodos anticonceptivos están reguladas por la Norma Oficial Mexicana (**NOM**) NOM-005-SSA2-1993 De los Servicios de Planificación Familiar (116). Este instrumento establece los criterios técnicos, médicos y administrativos para garantizar el acceso libre, gratuito e informado a la anticoncepción en todo el territorio nacional (116).

Conforme lo que establece esta norma, la selección y prescripción de cualquier método debe realizarse tras un proceso de consejería profesional, en un marco de respeto a la autonomía de las personas y desde un enfoque integral de salud reproductiva. El objetivo primordial es que la persona decida de manera libre y voluntaria sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Como complemento normativo, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva emitió los Lineamientos Técnicos para la prescripción y uso de métodos anticonceptivos (117). Estas directrices proporcionan al personal de salud las herramientas actualizadas para asegurar decisiones informadas, fortalecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y promover la equidad en el acceso a los servicios de planificación familiar (117).



« SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES »

La NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad (118), reconoce la vulnerabilidad adicional que enfrentan les adolescentes y establece la atención integral basada en evidencia para la brindar a les adolescentes los servicios de **SSR** según sus necesidades. Además, incluye la exploración minuciosa de eventos de **VS** y, en caso de detectarse, la atención integral.

Los Servicios Amigables para Adolescentes constituyen una estrategia nacional de la Secretaría de Salud (**SSA**) para garantizar que la población de entre de 10 a 19 años acceda a servicios de **SSR** de calidad, con enfoque diferenciado, participativo y libre de discriminación. México cuenta con una red de 3,283 unidades de este tipo, que promueven el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos de les adolescentes, ofreciendo un ambiente confidencial, respetuoso y accesible (119). Las funciones sustantivas de estos servicios incluyen:

- Consejería integral en SSR y provisión de métodos anticonceptivos.
- Detección y tratamiento de ITS.
- Atención prenatal especializada en adolescentes.
- Orientación para la prevención de embarazos no intencionales.

A pesar de la amplia red y abanico de servicios, estas unidades enfrentan desafíos importantes que limitan su impacto, como la distribución geográfica desigual, barreras culturales, contextos conservadores y recursos insuficientes para la capacitación continua del personal. Además, hay una debilidad en la coordinación intersectorial para abordar integralmente las necesidades de salud de les adolescentes, especialmente de aquellos que se encuentran en contextos de movilidad (120,121).

ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES (ENAPEA).

La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (**ENAPEA**) es una política pública mexicana implementada desde 2015 orientada a embarazo temprano en México. Para 2030, tiene la meta de erradicar el embarazo en niñas menores de 15 años y reducir a la mitad la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años. Para conseguir

ese objetivo, se plantea el trabajo coordinado entre diferentes sectores gubernamentales y niveles de gobierno con un enfoque de derechos sexuales y reproductivos (122).

Desde su creación, la **ENAPEA** ha logrado reducir la tasa específica de fecundidad adolescente de 74.3 nacimientos por cada mil adolescentes en 2015 a 67.7 en 2023 (123). Entre sus avances además destaca la implementación de **la Ruta de Atención y Protección Integral para Niñas y Adolescentes Madres y/o Embarazadas (Ruta NAME)** activa en 19 entidades federativas, que busca restituir derechos y asegurar una atención integral del embarazo adolescente con un enfoque de derechos humanos (124).

Aunque el Fondo para el Bienestar y el Avance de las Mujeres (**FOBAM**) busca asignar fondos a proyectos que contribuyan a erradicar el embarazo infantil y adolescente (125), éstos resultan muchas veces insuficientes y tardíos. Además, una evaluación de la **ENAPEA** documentó fallas en la coordinación intergubernamental, infraestructura inadecuada y falta de personal especializado, lo cual genera acciones dispersas que amenazan el cumplimiento de la meta para 2030 (126).

ATENCIÓN PRENATAL, OBSTÉTRICA Y POSNATAL

En México, la atención prenatal, obstétrica y posnatal se rige por un marco que prioriza la reducción de la morbi-mortalidad materna y neonatal. El Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024 reconoce de manera explícita la vulnerabilidad de las mujeres migrantes en este ámbito, estableciendo como una prioridad estratégica la atención prenatal para la identificación oportuna de necesidades adicionales y la referencia adecuada dentro de los niveles de atención del sistema de salud (127).

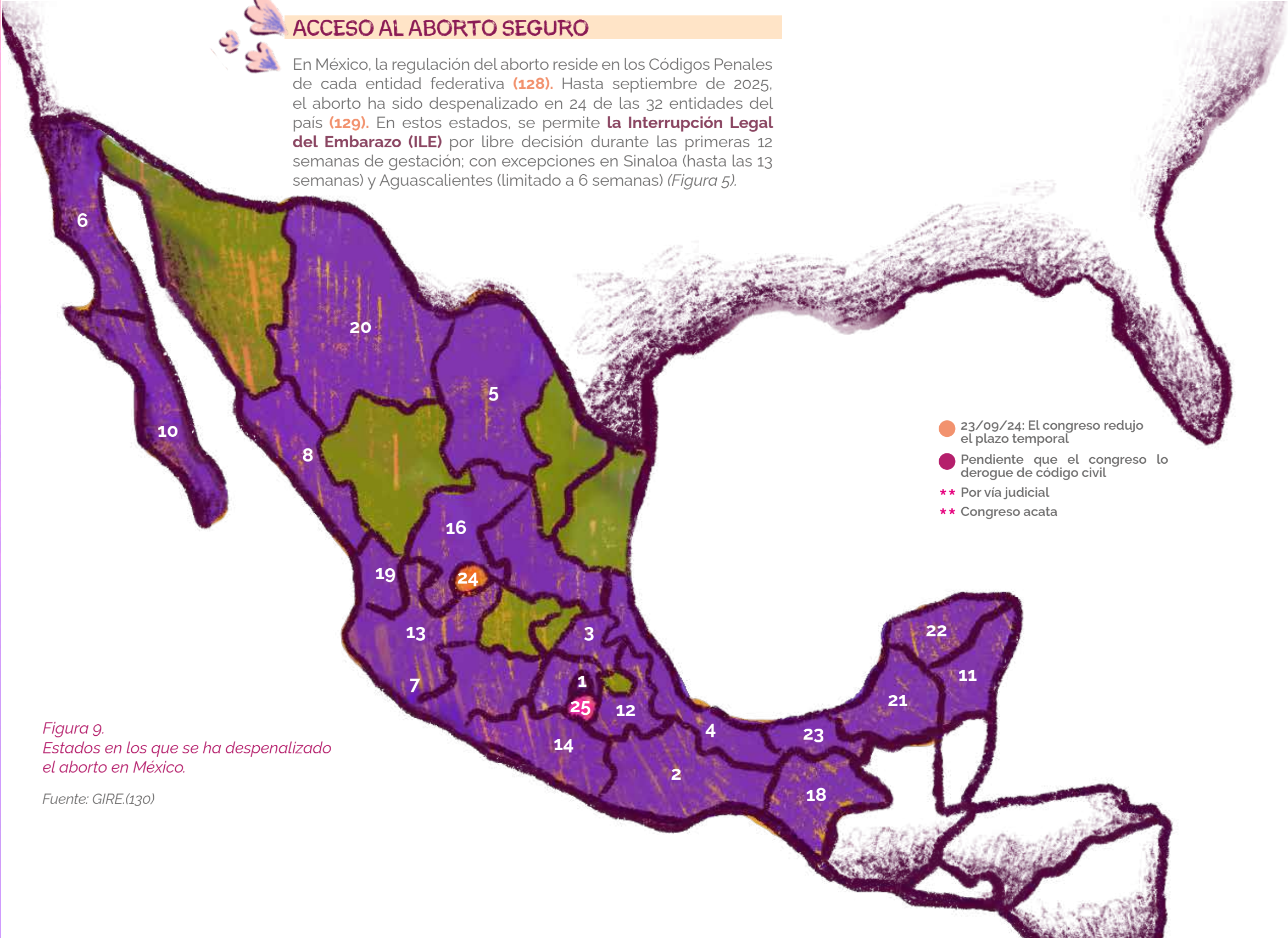
Por otro lado, la **NOM-007-SSA2-2016** Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, establece los criterios mínimos para la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido en todo el país (113). Sus objetivos fundamentales son:

- **Vigilancia prenatal:** estableciendo un mínimo de cinco consultas prenatales desde las ocho semanas de gestación.
- **Atención del parto y puerperio:** mandata la atención humanizada, la vigilancia estrecha del posparto y el seguimiento clínico durante el puerperio.
- **Promoción de la salud:** impulsa la lactancia materna exclusiva y la identificación de señales de alarma en la mujer y la persona recién nacida.

La **NOM-007-SSA2-2016** además prohíbe cualquier forma de violencia obstétrica y garantiza que cualquier mujer que presente una emergencia obstétrica debe ser atendida de manera inmediata y gratuita en cualquier unidad del Sistema Nacional de Salud, sin obligatoriedad de presentar ningún documento de identificación, garantizando así la atención para las mujeres migrantes.

ACCESO AL ABORTO SEGURO

En México, la regulación del aborto reside en los Códigos Penales de cada entidad federativa (128). Hasta septiembre de 2025, el aborto ha sido despenalizado en 24 de las 32 entidades del país (129). En estos estados, se permite **la Interrupción Legal del Embarazo (ILE)** por libre decisión durante las primeras 12 semanas de gestación; con excepciones en Sinaloa (hasta las 13 semanas) y Aguascalientes (limitado a 6 semanas) (Figura 5).



- 1. Ciudad de México 24/04/07
- 2. Oaxaca 25/09/19
- 3. Hidalgo 30/06/21
- 4. Veracruz 20/07/21
- 5. Coahuila 07/09/21
- 6. Baja California 29/10/21
- 7. Colima 01/12/21
- 8. Sinaloa 08/03/22
- 9. Guerrero 17/05/22
- 10. Baja California Sur 02/06/22
- 11. Quintana Roo 26/10/22
- 12. Puebla 15/07/24
- 13. Jalisco** 25/04/24 04/10/24
- 14. Michoacán 10/10/24
- 15. San Luis Potosí** 26/09/24-07/11/24
- 16. Zacatecas** 09/08/24-20/11/24
- 17. México (Estado de México) 25/11/24
- 18. Chiapas** 07/11/24-26/11/24
- 19. Nayarit** 01/08/24-24/01/25
- 20. Chihuahua 30/01/25
- 21. Campeche 24/02/25
- 22. Yucatán** 22/08/24-09/04/25
- 23. Tabasco** 04/04/25-14/05/25
- 24. Aguascalientes** 31/08/23-14/12/23
- 25. Morelos 29/10/24

Figura 9. Estados en los que se ha despenalizado el aborto en México.

Fuente: GIRE.(130)

En los estados donde el aborto no ha sido despenalizado, las legislaciones reconocen 17 situaciones o condiciones en las que se permite un aborto, que varían entre los estados, e incluyen: riesgo a la salud física o mental de la persona gestante por el embarazo, conducta imprudencial y cuando el producto presenta malformaciones congénitas o genéticas graves, entre otras. Las cuales varían entre estados (131).

El embarazo producto de VS es la única causal de aplicación nacional, como reconoce el Artículo 35 de la Ley General de Víctimas (132). Según la **NOM-046-SSA2-2005**, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, el personal médico, de enfermería y trabajo social de clínicas y hospitales públicos y privados de todo el país están sujetos a esta Norma (133). En estos casos, se puede solicitar el procedimiento de aborto sin necesidad de denunciar y, si la persona es mayor de 12 años, no es necesario el consentimiento de los padres o tutores legales para acceder a este servicio (128).

La Suprema Corte de Justicia de la Nación (**SCJN**) ha transformado progresivamente el panorama sobre el derecho al aborto en México (134). Algunas sentencias históricas son:

- **Inconstitucionalidad de la criminalización:** en 2021, la SCJN determinó que las autoridades no pueden iniciar procesos penales contra las mujeres que decidan interrumpir un embarazo (135).
- **Límites a la objeción de conciencia:** la SCJN determinó que la objeción de conciencia no es válida si la vida de la persona corre riesgo o si no hay otro personal disponible para prestar la atención; además, las instituciones deben garantizar la presencia de personal no objetor (136).

En 2023, la **SCJN** resolvió que el apartado del Código Penal Federal que criminaliza el aborto ya no tendría efectos (137). De esta forma, ninguna mujer o persona gestante que decida abortar, ni las personas que las asistan, podrán ser criminalizadas. Esta resolución también implicó que las instituciones de salud federales como **IMSS**, **ISSSTE**, **PEMEX**, y otras tengan que proporcionar servicios de aborto a quienes lo soliciten (138).

El Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México, publicado en 2022, establece los criterios obligatorios que deben seguir las unidades de salud para garantizar que todas las mujeres, adolescentes y personas gestantes tengan acceso a servicios de aborto seguro, oportuno e integral (139). El lineamiento, además de estar basado en evidencia para la

prestación del servicio, promueve la eliminación de estigmas y barreras administrativas, y la protección legal tanto de las personas usuarias como del personal de salud (139). En dicho documento, además se reconoce que el acceso al aborto seguro es un servicio prioritario de SSR.

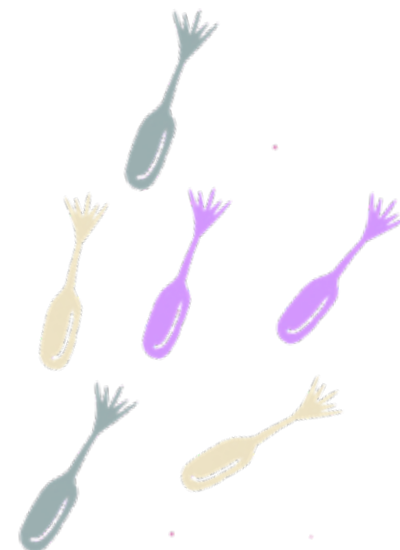
No obstante, la implementación del servicio de aborto seguro es heterogénea, y el procedimiento se realiza de manera discrecional o limitada, tanto en el sector público como en el privado. Las mujeres y personas con capacidad de gestar enfrentan con frecuencia obstáculos administrativos y médicos que dificultan el acceso efectivo a este derecho (140,141). Esta heterogeneidad puede generar barreras para el acceso efectivo, tales como falta de información, estigmatización y deficiencias en la capacitación del personal de salud (142). Ipas lanzó en 2023 el Chatbot Te acompaño, para dar acompañamiento a las personas que buscan servicios de aborto seguro u otros servicios de **SSR** (143). El chatbot opera en todo el país, aunque tiene especial énfasis en los estados de Tabasco y Chiapas.

ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL

El 70.1% de las mujeres mayores de 15 años en México han experimentado algún tipo de violencia en su vida, de ellas, el 40.7% han vivido VS en algún momento de su vida y 23.3% en los últimos 12 meses (144). En México, el instrumento jurídico fundamental en esta materia es la **Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV)**, vigente desde 2007 (110). Esta ley establece los lineamientos para la protección de los derechos de las mujeres, y crea el Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Este sistema regula las acciones interinstitucionales a nivel federal, estatal y municipal (145), y contempla mecanismos como **la Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres (AVGM)**, a través de la cual se implementan acciones necesarias para garantizar el acceso a una vida libre de violencia y puede activarse en contextos de emergencia por feminicidios o **VS** generalizada (146).

Conforme a la **LGAMVLV**, el sector salud tiene la responsabilidad de diseñar e implementar políticas públicas con perspectiva de género para prevenir y erradicar la violencia. La **SSA** debe garantizar que los servicios de atención médica y psicológica para las sobrevivientes sean accesibles, confidenciales, culturalmente pertinentes y estén disponibles (110).

El pilar operativo de la atención que debe brindar la **SSA** se sustenta en la **NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención**, de observancia obligatoria para los sectores público, social



y privado. Esta **NOM** establece que la atención debe ser libre de estigmas y garantizar que las sobrevivientes de **VS** tengan acceso a:

- Anticoncepción de emergencia, hasta 120 horas después del evento.
- Profilaxis para **VIH** y otras **ITS**, para reducir el riesgo de infección.
- En caso de ser necesario, acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (**IVE**) sin la obligación de presentar denuncia penal.

Esta **NOM** además define los servicios de salud necesarios para promover, proteger y restaurar la salud física y mental de las personas afectadas por situaciones de violencia (133). La **NOM-047-SSA2-2015** refuerza que, en el caso de **NNA** y ante un embarazo producto de **VS**, se debe ofrecer información clara y oportuna sobre el derecho a la interrupción del embarazo y garantizar el acceso oportuno a este servicio (118).

Además, en el caso de **NNA** que sean víctimas de **VS**, existen protocolos especializados, como el Protocolo inicial de atención, asistencia y reparación integral a niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia derivada del delito y violaciones a derechos humanos, implementado por el Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (**SIPINNA**), que establece rutas de atención médica, psicológica y jurídica para esta población (147).

El Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020–2024, a través del Componente de Violencia de Género, busca fortalecer las capacidades institucionales del personal de salud, estandarizar rutas de atención, garantizar la disponibilidad de insumos esenciales, y consolidar la coordinación intersectorial con otras dependencias como la Secretaría de Educación Pública, el **DIF** y la Secretaría de Gobernación (148).

El Gobierno de México emitió en 2024 el Decálogo de Compromisos del Sector Salud para la Prevención y Atención Integral de la Violencia Sexual en Niñas, Adolescentes y Mujeres, el cual reconoce la atención a la **VS** como una emergencia médica y busca implementar una guía para que cualquier persona prestadora de servicios de salud contribuya a prevenir, detectar y atender la **VS**, con especial énfasis en las niñas y adolescentes (149).

El Programa de Atención Integral para el Bienestar de las Mujeres (PAIBIM), que inició en 2025, busca brindar servicios de atención integral a las mujeres para el pleno ejercicio de sus derechos. **El PAIBIM** contempla la prestación de servicios sociales en los Centros Libertad, Igualdad, Bienestar, Redes y Emancipación para las Mujeres (Centros **LIBRE**), en los que se proporciona asesoría jurídica, atención psicológica y psicoemocional e información sobre derechos y servicios (150). El objetivo final de los Centros **LIBRE**, gestionados por la Secretaría de las Mujeres, es convertirse en espacios comunitarios de atención integral que articulen programas que promuevan el bienestar de las mujeres en diferentes niveles (151); aunque no brindan prestación de servicios de salud o atención directa a la **VS**, su formulación sí incluye acciones para promover el empoderamiento sobre estos ámbitos.

PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y MANEJO DE CÁNCER DEL CUELLO UTERINO EN MÉXICO

La estrategia nacional para el control de neoplasias ginecológicas se fundamenta en la Norma Oficial Mexicana **NOM-014-SSA2-1994**, para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer del Cuello del Útero y de la Mama en la Atención Primaria. Este instrumento define los criterios operativos y estrategias estandarizadas para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervical y mamario, particularmente en el primer nivel de atención médica. El objetivo primordial es reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a estas enfermedades, mediante un enfoque preventivo y de detección temprana (112). El diseño de la **NOM** prioriza la atención de mujeres en situación de vulnerabilidad o sin seguridad social, estableciendo la gratuidad y accesibilidad de las pruebas de tamizaje.

Además, en años anteriores el **Programa de Acción Específico de Prevención y Control de Cáncer de la Mujer** fortalecía la prevención de cáncer cervicouterino, a partir de indicar la incorporación de tecnologías como citologías cervicales (para mujeres de 25 a 34 años), las pruebas de biología molecular (para mujeres de 35 a 64 años), y la vacunación contra **VPH** como medida de prevención primaria para niñas de hasta 11 años (152). Sin embargo, en la administración actual, no existe un documento normativo que indique el funcionamiento de este programa.

México cuenta un andamiaje normativo de avanzada que reconoce a la **SSR** como un derecho humano fundamental y una prioridad de salud pública. Este marco, integrado por leyes, normas y protocolos de vanguardia, ofrece una protección integral de la salud desde la planificación familiar hasta la atención obstétrica, el aborto seguro y la atención a la **VS**. No obstante, el análisis revela una brecha de implementación: mientras que los documentos políticos, normativos y operativos reconocen la vulnerabilidad adicional que enfrentan las mujeres y personas **LGBTIQ+** migrantes (como el **PIASM**), la reorganización hacia el modelo de **IMSS-Bienestar** aun incluye barreras administrativas para la atención de las personas migrantes, generando que persistan brechas significativas entre la normativa, su implementación y el acceso efectivo a los servicios para las personas.

3.1.1 CHIAPAS

MÉXICO

CHIAPAS

- Palenque
- Tapachula

Chiapas, ubicado en el sur del país, es el principal punto de entrada para las personas migrantes que transitarán por México. El estado, y en especial las ciudades de Tapachula y Palenque, se han convertido en un nodo humanitario donde convergen personas de diversas nacionalidades. Chiapas es de los estados con mayores eventos de personas extranjeras presentadas ante las autoridades migratorias (153), esta entidad federativa cuenta con seis estancias y estaciones migratorias, que buscan operar la política migratoria de contención (153). Asimismo, es el estado con mayor número de solicitudes de refugio en el país, por lo que las personas permanecen durante periodos prolongados mientras esperan la resolución de su solicitud de refugio por la COMAR. Además, la región del Soconusco, en Chiapas, es uno de los sitios con una larga tradición de migración laboral, para trabajo agrícola o de servicios (154). Chiapas cuenta con seis estancias y estaciones migratorias, que buscan operar la política migratoria de contención. Esta posición estratégica le convierte en un escenario crítico donde se concentran los esfuerzos de instituciones, organizaciones civiles y organismos internacionales para garantizar los servicios básicos de salud y protección.

« SISTEMA DE SALUD DEL ESTADO DE CHIAPAS »

El panorama de servicios de salud en Chiapas está caracterizado por la presencia de los servicios estatales, la infraestructura federalizada y la presencia de organizaciones sociales y organismos de cooperación. Según un estudio del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) realizado en 2024, la mayoría de la población (66%) del estado carece de acceso a los servicios de salud; quienes sí tienen acceso, reciben atención en los servicios cubiertos por el INSABI (15%)³ seguido por el IMSS (11%), y el ISSTE (6%), el resto de la población tiene acceso a otros tipos de seguridad social o servicios privados (155).

En junio de 2023, el estado de Chiapas firmó el Convenio para la implementación de los Servicios de Salud IMSS-Bienestar en la entidad (156). En la práctica, esto implica que los recursos humanos, materiales y bienes muebles e inmuebles que antes eran gestionados y operados por el Instituto de Salud de Chiapas, fueron transferidos a los Servicios de Salud IMSS-Bienestar y que toda la gestión y prestación de servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención quedó bajo la responsabilidad de IMSS-Bienestar en la entidad (156).

Las autoridades sanitarias del estado de Chiapas reconocen la importancia de atender a las personas migrantes, especialmente a las infancias y a las mujeres. Sin embargo, el Programa Estatal de Salud aun consideraba a las personas migrantes irregulares como “un factor de riesgo para la población nacional... debido a que se cree que pueden ser portadores de infecciones y enfermedades” (157). Esta aproximación estigmatizante a la salud de las personas migrantes implica que la atención de salud se enfoca en la contención de riesgos epidemiológicos más que en la promoción del bienestar de las personas. La actualización más reciente del Programa Sectorial de Salud reconoce las situaciones de vulnerabilidad jurídica y social que dificultan el acceso a servicios de salud para las personas migrantes, aunque no incluye acciones específicas para atender las brechas que esta vulnerabilidad genera (158).

En el estado, el Programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral está orientado a fortalecer los servicios de salud para las personas

³ La información más reciente es de 2022, año en el que la transición hacia IMSS-Bienestar aun no se concretaba, por lo que se reporta como acceso a INSABI.

son seguridad social (159), como las personas migrantes. El Programa contempla una cartera de servicios desde la promoción de la salud, actividades preventivas y de control temprano de patologías, y atención primaria. La unidad mínima en la que opera son las Casas de Salud, espacios destinados a prestar atención a la población rural dispersa. Además, tiene un catálogo de Centros de Salud rurales y urbanos, con servicios ampliados y, en algunos casos, hospitalización; y Hospitales Generales en las principales ciudades del estado (160).

En Chiapas, actúa la Coordinación para la Atención Integral de la Migración en la Frontera Sur (CAIMFS), un organismo que además tiene presencia en Campeche, Quintana Roo y Tabasco, y busca actuar como un órgano administrativo para atender de manera integral a las personas migrantes; entre las que se encuentra fomentar el desarrollo de políticas sociales en la región (161). En sus documentos guía para las personas servidoras públicas, llamadas Enlaces Migratorios, el CAIMFS reconoce la vulnerabilidad añadida que enfrentan las infancias y las mujeres (162). Aunque no tienen planes de atención específicos para las necesidades de salud, la CAIMFS sí cuenta con una **Guía para la Atención y Protección de las Mujeres en Contexto de Migración en la Frontera Sur de México**, un documento orientativo para las personas servidoras públicas que reconoce que las mujeres y niñas migrantes enfrentan múltiples situaciones de violencia que atentan contra su bienestar (163). Sin embargo, no detalla protocolos específicos para atender situaciones de VBG o necesidades específicas. Al momento de elaborar este informe, no se encontraron documentos sobre planes, programas o estrategias para atender las necesidades específicas de las mujeres o personas **LGBTIQ+** migrantes.

« POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN CHIAPAS »

La respuesta institucional en **SSR** en la entidad está determinada por una convergencia de marcos jurídicos estatales integrales y una infraestructura operativa en proceso de transición hacia el modelo federalizado (IMSS-Bienestar). En Chiapas, el marco regulatorio a nivel nacional, como las **NOM**, está operado por las instituciones locales (164).

Debido a las características sociales y culturales del estado, donde prevalecen personas hablantes de lenguas indígenas que confluyen con personas migrantes de diversos sitios, es primordial que la atención de **SSR** cuente con un enfoque de interculturalidad. Sin embargo, no se encontraron documentos

de política estatal que indiquen la adopción del enfoque intercultural, de género o derechos humanos para la atención de las necesidades de **SSR** de las mujeres y personas **LGBTIQ+** migrantes.

La figura 6 resume las políticas del estado de Chiapas en torno a **SSR** en los ámbitos de interés de este informe.

CONSEJERÍA Y ENTREGA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

En el estado, la operación de la **NOM-005** se gestiona a través de los Distritos de Salud. En la práctica, las unidades de salud del primer nivel, incluyendo las Casas de Salud y los Centros de Salud, tienen en su cartera de servicios la provisión de métodos anticonceptivos (160). Sin embargo, en años recientes, Chiapas era el estado con el porcentaje más alto de mujeres con necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos, lo cual se puede atribuir a la falta de cobertura y las barreras de acceso (165).

SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES

El acceso a servicios de **SSR** para adolescentes en el estado cuenta con un soporte legal en la Ley de la Juventud del estado de Chiapas, promulgada en 2012, la cual establece el derecho a la salud sexual y reproductiva, a la libre decisión y a la información sobre sexualidad (166). Esta Ley de también incluye disposiciones específicas sobre jóvenes migrantes, reconociéndoles como personas en situación de vulnerabilidad.

Para operativizar estos derechos, el estado dispone de 126 módulos de Servicios Amigables, enfocados en la atención de adolescentes entre los 10 y 19 años. Estos espacios ofrecen servicios médicos, psicológicos y el acceso a métodos anticonceptivos. Durante 2023, personal de salud proporcionó alrededor de dos mil consultas en estos módulos (167).

ATENCIÓN PRENATAL, OBSTÉTRICA Y POSNATAL

La atención prenatal, obstétrica y posnatal en Chiapas se alinea con la **NOM-007-SSA2-2016**. Sin embargo, la atención en esta entidad se distingue por un modelo que incluye la partería tradicional dentro de los espacios biomédicos, una estrategia que busca además garantizar la cobertura del cuidado prenatal en sitios con barreras de acceso a los servicios (168).

No se encontró información adicional sobre planes o estrategias especialmente enfocadas en gestantes migrantes.

*Figura 10. Síntesis de políticas de SSR en Chiapas.

CONSEJERÍA Y ENTREGA DE ANTICONCEPTIVOS

- GESTIÓN A TRAVÉS DE DISTRITOS DE SALUD BAJO LA NOM-005.

SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES

- RESPALDADOS POR LA LEY DE JUVENTUD (2012), RECONOCE EL DERECHO A LA LIBRE DECISIÓN Y PROTEGE ESPECÍFICAMENTE A JÓVENES MIGRANTES.
- RED DE 126 MÓDULOS ESPECIALIZADOS EN TODO EL ESTADO.

ATENCIÓN PRENATAL, OBSTÉTRICA Y POSNATAL

- ALINEADO CON LA NOM-007, INTEGRA LA PARTERÍA TRADICIONAL EN ESPACIOS BIOMÉDICOS PARA AMPLIAR LA COBERTURA.

ACCESO AL ABORTO

- LA REFORMA CONSTITUCIONAL DE 2024 FUE UN HITO JURÍDICO PARA LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO.

ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL

- REGULADA POR LA NOM-046.
- ALERTA DE VIOLENCIA DE GÉNERO ACTIVA EN 7 MUNICIPIOS, INCLUIDO TAPACHULA.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO

- REGULADA POR LA NOM-046.
- TAMIZAJE Y VACUNACIÓN SEGÚN LA NOM-014

Fuente: elaboración propia con información de los documentos mencionados, 2026.



ACCESO AL ABORTO

En noviembre de 2024, la **SCJN** declaró la acción de inconstitucionalidad del decreto que reformaba el artículo 181 del Código Penal del estado de Chiapas, por considerar que atentaba contra los derechos a decidir de las mujeres y personas gestantes (169). El 19 de noviembre de 2024, el Congreso del Estado de Chiapas aprobó una reforma al artículo 4.º de su Constitución, eliminando la protección absoluta de la vida "desde la concepción" y reconociendo el derecho de las personas gestantes a tomar decisiones sobre su cuerpo y reproducción (170). Posteriormente, el 26 de noviembre de 2024, se modificó el Código Penal del estado para despenalizar el aborto voluntario hasta las 12.6 semanas de gestación (171).

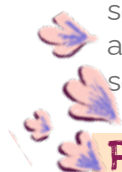
En el estado, existen cinco unidades de salud que proveen servicios de aborto seguro, una de ellas en el Hospital General de Tapachula y otra en Palenque (172).

ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL

En Chiapas, del 48.7% de las mujeres mayores de 15 años que han experimentado alguna violencia a lo largo de su vida, el 27.9% señaló haber vivido al menos un evento de violencia sexual a lo largo de su vida (173).

La atención a la **VS** se rige por la obligatoriedad de la **NOM-046-SSA2-2005**. El protocolo estatal exige la disponibilidad permanente de anticoncepción de emergencia y profilaxis post-exposición para **VIH/ITS** en hospitales de la red pública. Aunque existe una Ley de víctimas, ésta no cuenta con un reglamento, y no incluye de manera explícita el acceso a la **ILE**, anticoncepción de violencia u otro protocolo de atención a la violencia sexual (174).

En Chiapas, siete municipios tienen Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres (**AVGM**), incluido Tapachula (175). La **AVGM** incluye la implementación de medidas que prevengan la **VBG** y sexual dirigida hacia las mujeres, además de acciones orientadas a garantizar el acceso oportuno a la justicia y, de ser necesario, a servicios de salud.



PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DEL CUELLO UTERINO

La prevención del cáncer de cuello uterino se orienta por la **NOM-014-SSA2-1994**, mediante campañas de tamizaje y vacunación contra el **VPH** dirigidas a todas las personas, incluidas mujeres migrantes, en los servicios públicos de salud (176).

« NECESIDADES DE SSR DE MUJERES Y PERSONAS LGBTIQ+ MIGRANTES EN CHIAPAS »



En Chiapas, **ACNUR** ha documentado que además de los flujos migratorios de extranjeros que transitan hacia el norte de México, se suman las personas desplazadas internas que en 2024 alcanzaron una cifra récord de 11,000 en el estado (177). A pesar de que Chiapas constituye una de las principales puertas de entrada para los flujos migratorios en México, existe una brecha de información actualizada sobre las necesidades de SSR de las mujeres, niñas y personas LGBTIQ+ migrantes. La información disponible suele presentarse de forma agregada a nivel regional, considerando las ciudades fronterizas del sur de México, invisibilizando las particularidades críticas de sitios como Tapachula y Palenque. Sin embargo, se puede asumir que los riesgos y necesidades son similares en la región fronteriza sur para la población migrante que transita por el área.

En Tapachula, la **VBG** contra mujeres y niñas en movilidad está estrechamente vinculada con factores de inequidad social como la pobreza, la inseguridad por actividad criminal, y las barreras para la migración regular y el empleo, además del rechazo de la comunidad local (178). La limitación de derechos de las mujeres en movilidad en Tapachula, como el reconocimiento de su estatus migratorio, acceso al empleo, justicia e inclusión social, colocan a las mujeres en situaciones donde la **VBG** no sólo es difícil de evitar, sino también de denunciar. Según datos de **ACNUR**, el riesgo de ser víctima de **VBG** se agrava porque las mujeres viajan con el perpetrador, o acompañando a **NNA**, procurando su bienestar sobre el de ellas mismas (179).

ACNUR documentó que, en Tapachula, las mujeres adolescentes y jóvenes migrantes enfrentan riesgos de secuestros, **VBG** al usar el transporte público (taxis, combis, autobuses) en lugares con control territorial del crimen organizado, extorsión sexual en el acceso a trabajo e hipersexualización que aumenta la exposición a extorsiones sexuales e incluso tráfico de personas (179). Estas situaciones se exacerban en el caso de mujeres haitianas, quienes además enfrentan racismo, violencia institucional y dificultades para acceder a servicios de protección y derechos humanos (180-182).

Según un diagnóstico realizado por **CADENA** y **UNICEF** en 2024, la gestión de la menstruación representa una necesidad insatisfecha entre las mujeres y personas menstruantes en el tránsito. Este estudio documentó la falta de una perspectiva de género en los albergues, que se manifiesta en la entrega de insumos por parte

de personal masculino sin sensibilización, lo que genera temor y estigma en las adolescentes. Se identificó la urgencia de dotar a las personas menstruantes con "kits de dignidad" integrales que incluyan ropa interior, analgésicos y productos de gestión menstrual adecuados, además de garantizar la existencia de espacios seguros con iluminación adecuada para reducir riesgos de VS durante el aseo personal (183).

Un estudio sobre necesidades de salud de las mujeres migrantes en Tapachula, realizado durante 2020, documentó que las principales necesidades de atención de **SSR** de las mujeres migrantes son: la gestión de la menstruación, la atención enfocada en garantizar la libre elección de la maternidad (incluyendo anticoncepción y acceso al aborto), garantizar la continuidad de la atención, y atender las consecuencias físicas y mentales de la **VS** (57). Además, una de las principales barreras para el acceso efectivo a los servicios es la falta de claridad y los requisitos administrativos en el contexto de un sistema de salud cambiante, además de la falta de capacitación y sensibilización del personal de salud (57). Este mismo estudio mostró que en el municipio se enfrentan desafíos para la atención sanitaria, como la solicitud de comprobante de domicilio a personas migrantes para recibir atención médica, el acceso limitado a diagnóstico y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (**ITS**) y **VIH** tanto para población local como migrante, mejorar el seguimiento de los embarazos en adolescentes, así como el fortalecimiento de la atención institucional en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos.

Sobre la prevalencia de **ITS**, un estudio transversal en tres albergues para migrantes en Tapachula documentó prevalencias de sífilis (4.5%) y herpes simple tipo 2 (29.9%) entre personas migrantes. La prevalencia de herpes tipo 2 fue mayor en mujeres que en hombres, mientras que los hombres presentaron mayor prevalencia de sífilis que las mujeres. Este estudio muestra la necesidad de continuar con la prevención, detección y tratamiento con intervenciones adaptadas a la población migrante (184).

La información disponible en torno a la violencia que experimentan las personas **LGBTIQ+** es limitada, aunque está ampliamente documentado que se encuentran en riesgo de sufrir **VBG** adicionales asociadas directamente con su identidad de género o preferencia sexual. En el caso de las mujeres lesbianas, se han documentado amenaza o perpetración de violación sexual (179,185). En el caso de las mujeres trans, se ha señalado la violencia física constante por la expresión de su género como un riesgo importante. Mientras que los hombres gays, al encontrarse en espacios homofóbicos o conservadores, están en riesgo de discriminación, de agresiones sexuales o de trata (179).

La discriminación estructural impacta en la posibilidad de las mujeres para acceder a los servicios de salud y atender las necesidades de **SSR**, protección y justicia en el caso de **VS** (178,186). En el caso de las personas de origen haitiano, y otras no-hispanohablantes, las barreras se exacerban debido a la falta de intérpretes español-creole en los servicios públicos (57,182).

Garantizar el acceso a medios de vida para las mujeres y población **LGBTIQ+** para contar con un empleo que permita cubrir las necesidades básicas reduce la exposición a **VBG**. Además, la sensibilización de la población para la identificación de **VBG** y las personas sobrevivientes puedan solicitar apoyo cuando lo necesitan; y la adaptación de los servicios públicos y de la sociedad civil para que cuenten con las competencias y capacidades (técnicas y de recursos humanos) para atender de manera integral la diversidad de perfiles y la complejidad de los casos de **VBG** es central en Chiapas (178).

« SERVICIOS PÚBLICOS DE SSR A NIVEL LOCAL »

TAPACHULA, CHIAPAS

La ciudad de Tapachula cuenta con una población de 353,706 personas (INEGI, 2020). Es uno de los principales puntos de ingreso y tránsito de personas migrantes en México, por lo que existe presencia y trabajo de múltiples actores de la sociedad civil local e internacional, organismos internacionales, instituciones públicas y dependencias gubernamentales, y también recibe atención mediática considerable a nivel nacional e internacional (57,187). La tabla 2 sintetiza los servicios públicos y de organizaciones disponibles que responden a las necesidades de **SSR** para las mujeres y personas **LGBTIQ+** en Tapachula documentados por el equipo de **MdM**.



Tabla 2. Servicios de SSR para atender las necesidades de la población migrante en Tapachula

ORGANIZACIÓN / INSTITUCIÓN	POBLACIÓN DIANA	SERVICIOS
SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE NECESIDADES DE SSR		
• Instituciones públicas •		
- Centro de Salud Urbano Tapachula - Centro de Salud Santa Clara - Centro de Salud de INDECO - Centro de Salud Villa de las Flores - Centro de Salud Urbano Raymundo Enriquez - Centro de Salud Las Palmeras - Centro de Salud Nuevo Milenio - Centro de Salud Llano de la Lima	Población mexicana y en contexto de movilidad	Métodos anticonceptivos, atención prenatal, posnatal, detección de cáncer del cuello uterino (toma de citología cervical), prevención y detección de cáncer de mama (exploración mamaria).
Brigada de salud de la Coordinación de migrantes y desastres naturales del Distrito Sanitario VII: Brigada móvil en Centro Multiservicios de la COMAR, Albergues Belén, Hospitalidad y Solidaridad, Jesús El buen pastor; y en situaciones de emergencia como caravanas o campamentos		Métodos anticonceptivos, atención prenatal y posnatal.
Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)		- Prevención y atención de VIH/SIDA y otras ITS, atención médica especializada, profilaxis pre y post-exposición (PrEP y PEP) al VIH y tratamiento de ITS. - Atención médica, psicológica, nutrición, odontología y trabajo social.
Clínica de Parto Humanizado		- Atención de partos clasificados de bajo riesgo en mayores de 18 años, atención del parto horizontal o vertical, y anticoncepción post evento obstétrico. - Psicología, trabajo social, laboratorio clínico y ultrasonido (sin funcionamiento hasta la fecha). - Pláticas de promoción a la salud, especialmente sobre métodos anticonceptivos.
Hospital General de Tapachula (HGT)		- Especialidades médicas, incluyendo servicios de gineco-obstetricia. - Urgencias gineco-obstétricas: atención del parto/cesárea, atención médica a la violencia sexual en las primeras 120 horas, profilaxis post exposición (PEP) en casos de violencia sexual. - Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a través del Módulo del SESAIM (Servicios especializados de atención integral a la mujer). - Interrupción legal del embarazo (ILE) a través del Módulo del SESAIM (Servicios especializados de atención integral a la mujer). - Vacunación contra VPH y hepatitis.
Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud”		- Atención especializada de cáncer del cuello uterino y mamario. - Atención especializada para ITS: principalmente hepatitis C, sífilis secundaria y terciaria, virus del papiloma humano. - Estudios de laboratorio y gabinete: quimioterapia y radioterapia para cáncer del cuello uterino y mamario, mastografías, tomografías y resonancia magnética.

ORGANIZACIÓN / INSTITUCIÓN	POBLACIÓN DIANA	SERVICIOS
• Organizaciones de la sociedad civil, no gubernamentales y otras •		
Médicos del Mundo Francia-México	Población mexicana y en contexto de movilidad	Información y promoción de la SSR, consejería y provisión de métodos anticonceptivos temporales, pruebas rápidas de ITS (VIH, Hepatitis C y sífilis), tratamiento de ITS, consulta prenatal (inicial) y posnatal, aborto seguro con medicamentos y acompañamiento emocional pre y post aborto.
Proyecto Faro (Childfund)	Población mexicana y en contexto de movilidad	- Atención médica prenatal y pruebas de VIH. - En 2026 ha dejado de tener presencia en Tapachula.
Colectiva Red Vive libre		Pruebas de VIH y sífilis, aborto con medicamentos, gestión de casos de VBG, acompañamiento para el acceso a la justicia y a servicios de SSRR, pláticas de promoción y talleres comunitarios sobre SSRR.
Una Mano Amiga en la Lucha contra el SIDA (UMALCS)	Población mexicana y en contexto de movilidad que viven con VIH Especializado en atención a la población LGB-TTTIQA+	Pruebas rápidas de VIH, sífilis y Hepatitis C, provisión de PrEP, acompañamiento psicosocial a personas que viven con VIH y otras ITS.
Brigada Callejera	Población mexicana y en contexto de movilidad. Atención a personas trabajadoras sexuales, de bares y cantinas	Pruebas rápidas de VIH y sífilis, tratamiento de sífilis, entrega de condones.
Médicos sin Fronteras	Población en contexto de movilidad	Atención prenatal, pruebas rápidas de VIH, métodos anticonceptivos, atención médica a la VS y aborto seguro con medicamentos.
Red Aborta Libre Chiapas	Mujeres, hombres trans y personas no binarias	Información y acompañamiento para aborto seguro.
SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO		
• Instituciones y servicios públicos •		
Módulo de atención inmediata para mujeres en situación de riesgo (MAI).	Mujeres sobrevivientes de violencia que necesitan atención inmediata.	- Atención psicológica. - Asesoría jurídica. - Trabajo social. - Primeros auxilios.
Patrulla Violeta	Sobrevivientes de violencia de género.	Atención a emergencias en casos de violencia de género.
Servicios especializados de Atención Integral de la Mujer (SESAIM). Urgencias-Hospital General de Tapachula	Niños, niñas y adultos sobrevivientes de VS .	Servicio médico y psicológico por VS.
Centro Libre para las Mujeres (PAIBIM)	Mujeres sobrevivientes de violencia de género	Orientación, atención y acompañamiento jurídico, psicológico y trabajo social.

ORGANIZACIÓN / INSTITUCIÓN	POBLACIÓN DIANA	SERVICIOS
• Centro de Justicia para las Mujeres de Chipas (CEJUM)	Mujeres sobrevivientes de violencia de género	• Acompañamiento psicológico, asesoría jurídica, atención médica, trabajo social, área lúdica para infancias, fortalecimiento de la autonomía.
• Fiscalía de inmigrantes de Tapachula	Toda persona migrante que se encuentre en la región, sin importar su situación migratoria	• Investigación y persecución de delitos, acceso a la denuncia, vigilancia y prevención de delitos, medidas de protección.
• Organizaciones de la sociedad civil, no gubernamentales y otras •		
• Médicos del Mundo Francia-México	Mujeres, hombres y personas no binarias, migrantes, solicitantes de refugio y refugiadas mayores de 18 años .	• Acompañamiento para la atención integral de casos de violencia de género.
• Una mano amiga en la lucha contra el SIDA A.C. (UMALCS).	Atención a población LGBTIQ+ y población en general.	• Pruebas de VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), consejería y atención psicosocial.
• Por la Superación de la Mujer A.C.	Mujeres	• Atención médica, psicológica y social para mujeres sobrevivientes de violencia. • Albergue y atención telefónica 24 horas.
• Médicos Sin Fronteras (MSF).	Mujeres, hombres y personas no binarias, migrantes	• Atención médica y psicológica a la VS , atención a casos de violencia extrema.

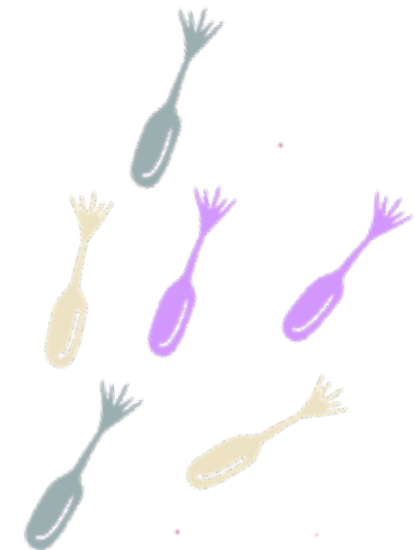
Fuente: elaboración propia con datos de MdM, GIRE (2023) y Vázquez et al (2021).
*Las instituciones aquí enlistadas prestaban atención hasta el momento de la escritura de este informe (2025).

MdM F ha brindado atención en Tapachula desde 2013. El proyecto en esta ciudad se enfoca en proporcionar acceso a la salud a la población migrante. De 2021 a 2024, **MdM F** prestó servicios de salud **SSR**, que se sintetizan en la *Tabla 3*.

Entre 2021 y 2025, **Médicos del Mundo** gestionó 1,795 casos de violencia de género en Tapachula. El 81% correspondieron a mujeres y más de la mitad (52%) fueron casos de violencia sexual. El 92% de los casos fueron atendidos después de las 72 horas de la agresión, es decir, fuera del periodo en el que se puede recibir profilaxis posexposición al **VIH**.

Tabla 3. Servicios de **SSR** provistos por **MdM** en Tapachula durante 2021 – 2024*

INDICADOR	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Total de consultas de salud sexual y reproductiva otorgadas**	43	47	178	423	691
Género					
Mujer	37	37	163	325	562
Hombre	5	7	15	97	124
Otro	1	3	-	1	5
Edad					
<18 años	3	3	11	12	29
>18 años	40	44	167	411	662
Total de personas que recibieron consultas en actividades de salud sexual y reproductiva*	43	43	153	345	584
Género					
Mujer	37	34	143	255	469
Hombre	5	6	10	89	110
Otro	1	3	-	1	5
Edad					
<18 años	3	3	10	11	27
>18 años	40	40	143	334	557
Número de consultas de consejería y otorgamiento de métodos anticonceptivos*	-	-	7	309	316
Género					
Mujer	-	-	7	227	234
Hombre	-	-	-	82	82
Otro	-	-	-	-	-
Edad					
<18 años	-	-	-	7	7
>18 años	-	-	7	302	309
Métodos anticonceptivos entregados*+	-	-	7	309	316
Condón masculino	-	-	-	142	142
DIU/SIU	-	-	-	2	2
Inyectable	-	-	-	63	63
Implante	-	-	1	56	57
Condón femenino	-	-	-	-	0
Anticoncepción de emergencia	-	-	-	5	5
Orales combinado	-	-	-	9	9
Desconocido	-	-	4	32	36
Parche	-	-	2	-	2



INDICADOR	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Personas gestantes atendidas*	24	18	68	17	127
<18 años	2	1	6	1	10
>18 años	22	17	62	16	117
Desconocido	1	0	0	0	1
Casos de violencia sexual atendidos*	10	13	11	0	34
Género					
Mujer	10	8	8	-	26
Hombre	-	5	3	-	8
Otro	-	-	-	-	-
Edad					
<18 años	-	2	-	-	2
>18 años	10	11	11	-	32
Tiempo transcurrido desde la agresión					
<72 h	-	1	1	-	2
>72 h	-	8	10	-	18
Desconocido	10	4	-	-	14
Interrupción del embarazo	0	1	10	8	19
<18 años	-	-	1	1	2
>18 años	-	1	9	7	17

Fuente: elaboración propia con datos de MdM.

* En Tapachula no se realizan actividades de detección y manejo de cáncer cervicouterino, por lo que no se incluyen.

** Todas las atenciones fueron proporcionadas por el área médica o de enfermería.

‡ Los registros de métodos anticonceptivos entregados no incluyen género.

- No existen registros o la atención no se brinda dentro del paquete de servicios de MdM.

PALENQUE, CHIAPAS

Palenque, ubicado en el corredor migratorio del norte de Chiapas, tiene una población total de 146,672 habitantes (188). Entre 2022 y 2024, hubo un aumento considerable en el flujo migratorio en esta localidad, por lo que ahí se concentraron esfuerzos de varias organizaciones (189). Desde mediados de 2024 y el primer cuatrimestre de 2025, al reducirse tanto el flujo migratorio por esa ruta, como el financiamiento hacia las ONGs, varias organizaciones decidieron cerrar sus actividades. Hasta 2024, estas organizaciones desarrollaban acciones en materia de salud, protección, asesoría legal, asistencia humanitaria y acompañamiento psicosocial, centradas especialmente en personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas. La tabla 2 concentra la información sobre los servicios disponibles en Palenque en el momento de escritura de este informe.

Tabla 4. Servicios de SSR para atender las necesidades de la población migrante en Palenque.

ORGANIZACIÓN / INSTITUCIÓN	POBLACIÓN DIANA	SERVICIOS
SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE NECESIDADES DE SSR		
• Instituciones públicas •		
• Centro de Salud Palenque • Centro de Salud de Pakalná • Centro de Salud Las Joyas	Población mexicana y en contexto de movilidad	• Atención de sicología, nutrición, laboratorio, consultas generales, odontología, medicina preventiva, farmacia, vacunación y trabajo social.
• Hospital General de Palenque		• Atención médica, urgencias y trabajo social. • Desde el año 2020 capacitan a su personal para la atención a casos de VS, el hospital cuenta con un Módulo de atención para personas sobrevivientes de VS. • Servicios de Atención Integral Hospitalaria para personas con diagnóstico de VIH. • Servicio de aborto seguro.
• Clínica de la Mujer		• Detección de cáncer cervicouterino y de mama: exploraciones mamarias, mastografías, citología cervicovaginal (Papanicolaou), detección de VPH, colposcopia.
• Dirección de Salud Municipal		• Consultas generales y apoyo con medicamentos.
• Clínica de Parto Humanizado		• Consulta general, consulta a embarazadas, seguimiento obstétrico, planificación familiar, ultrasonido y laboratorios obstétricos.
• UNEME CECOSAMA		• Atención en salud mental y consumo de sustancias: psicología, tamizaje, prevención, tratamiento y rehabilitación.
• Instancia Municipal para el Desarrollo y Empoderamiento de las Mujeres		• Asesoría jurídica y psicológica para mujeres.
SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO		
• Instituciones públicas •		
• Centro LIBRE Palenque	Mujeres sobrevivientes de violencia	• Asesoría jurídica. • Apoyo psicológico. • Trabajo Social.
• Unidad de Investigación y judicialización de delitos contra la libertad y seguridad sexual		• Acceso a justicia.
• Instancia Municipal para el Desarrollo y Empoderamiento de las Mujeres		• Asesoría jurídica y psicológica para mujeres.

Fuente: elaboración propia con datos de MdM.

MdM S proporcionó atención en Palenque de 2022 a 2023. El proyecto en esta ciudad se enfoca en brindar atención integral en salud a personas en movilidad humana. Durante 2023 y hasta 2024, **MdM S** prestó varios servicios de atención primaria y de salud **SSR**, que se sintetizan en la *Tabla 5*.

Tabla 5. Servicios de **SSR** provistos por **MdM** en Palenque durante 2023 – 2024**

INDICADOR	2023	2024	TOTAL
Total de consultas de salud sexual y reproductiva proporcionadas*	62	176	238
Género			
Mujer	61	161	222
Hombre	1	15	16
Edad			
<18 años	3	12	15
>18 años	59	164	223
Total de personas que recibieron consultas en actividades de salud sexual y reproductiva ^Δ	-	-	-
Género			
Mujer	-	-	-
Hombre	-	-	-
Otro	-	-	-
Edad			
<18 años	10	11	27
>18 años	143	334	557
Número de consultas de consejería y otorgamiento de métodos anticonceptivos*	26	53	79
Género			
Mujer	26	50	76
Hombre	-	-	-
Otro	-	-	-
Edad			
<18 años	2	4	6
>18 años	24	49	73
Métodos anticonceptivos entregados*+	26	53	79
Condón masculino	0	1	1
DIU/SIU	-	-	-
Inyectable	1	14	15
Implante	13	5	18
Condón femenino	-	-	-
Anticoncepción de emergencia	-	-	-
Orales combinado	1	4	5
Desconocido	11	29	40
Parche	-	-	-

INDICADOR	2023	2024	TOTAL
Personas gestantes atendidas ^{Δ*}	18	45	63
<18 años	0	3	3
>18 años	18	42	60
Casos de violencia sexual atendidos ^{Δ*}	0	4	4
Género			
Mujer	0	3	3
Hombre	0	1	1
Edad			
<18 años	-	-	-
>18 años	0	4	4
Tiempo transcurrido desde la agresión			
<72 h	-	-	-
>72 h	0	2	2
Desconocido	0	2	2
Interrupciones de embarazo	-	-	-
<18 años	-	-	-
>18 años	-	-	-

Fuente: elaboración propia con datos de **MdM**.

- * En Palenque no se realizan actividades de detección y manejo de cáncer cervicouterino, por lo que no se incluyen.
- ** Todas las atenciones fueron provistas por el área médica o de enfermería.
- ✗ No se cuenta con código de identificación de paciente único.
- + Los registros de métodos anticonceptivos entregados no incluyen género.
- No existen registros o la atención no se brinda dentro del paquete de servicios de MdM.



3.1.2 TABASCO



Tenosique

Tabasco, ubicado en el sureste del país, es uno de los estados principales para el ingreso al tránsito por México, considerado una de las fronteras verticales en el sureste mexicano. Tabasco es el segundo estado del país con más personas inmigrantes **(190)**, además de ser un importante punto de ingreso a México y donde cada vez más personas migrantes extranjeras han decidido establecer su residencia **(191)**. Su relevancia geográfica se relaciona con su colindancia con Petén, departamento en Guatemala, que conecta los flujos migratorios del sur hacia el norte. El estado es un corredor de tránsito masivo, donde además se concentran complejos desafíos para atender las necesidades de las personas migrantes, incluyendo seguridad y asistencia humanitaria que han demandado la respuesta coordinada de organismos internacionales y de la sociedad civil **(192)**.

« SISTEMA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO »

El sistema de salud del estado de Tabasco, al igual que en el resto de México, se compone de una estructura mixta de instituciones públicas, privadas y no gubernamentales, donde el sector público es el principal proveedor. Según **CONEVAL**, el 44.8% de la población del estado carece de acceso a los servicios de salud; de aquellas personas que sí tienen acceso, reciben atención en los servicios cubiertos por el **IMSS** (22%), **INSABI** (18%)⁴. La información más reciente es de 2022, año en el que la transición hacia **IMSS-Bienestar** aún no se concretaba, por lo que se reporta como acceso a INSABI (18%)⁴, el ISSTE (3%), el resto de la población tiene acceso a otros tipos de seguridad social o servicios privados **(155)**.

En 2022, Tabasco firmó el convenio para transferir la administración de los servicios públicos de salud al esquema de **IMSS-Bienestar** **(193)**. En la práctica, esto implica que a la gestión y prestación de servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención quedó bajo la responsabilidad de IMSS-Bienestar en la entidad **(156)**.

Tabasco se compone de 17 Distritos Sanitarios, pero los centros de segundo y tercer nivel se concentran en la capital, lo que impone barreras de acceso para las poblaciones rurales y migrantes. Sin embargo, el segundo y tercer nivel de atención se encuentra generalmente ubicado en los centros urbanos, que en ocasiones resultan inaccesibles para las personas migrantes, configurándose como una barrera importante **(192)**. El Programa Sectorial de Salud, Seguridad y Asistencia Social de Tabasco no plantea estrategias específicas para atender las necesidades de la población migrante, aunque en la reforma del Hospital Comunitario de Tenosique sí se menciona la relevancia de modernizarlo dado el volumen de población que atiende, incluidas las personas migrantes **(194)**.

El Programa Especial Transversal Frontera Sur y la Migración Nacional e Internacional es un esfuerzo interinstitucional que busca dar respuesta a los desafíos que impone la migración en el estado. En materia de salud, el Programa establece que el temor a la detención es un importante factor que impide a las personas migrantes buscar atención médica. Al igual que el Programa sectorial de salud, este programa reconoce

⁴ La información más reciente es de 2022, año en el que la transición hacia IMSS-Bienestar aún no se concretaba, por lo que se reporta como acceso a INSABI.

la importancia de la infraestructura de salud en Tenosique para responder a las necesidades de las personas migrantes. Además, incluye la infraestructura de Balancán, otro municipio ubicado cercano a la frontera con Guatemala (191). El Programa incluye acciones preventivas, de promoción de la salud y de vigilancia epidemiológica. Además, contempla la atención en salud mental, aunque no detalla las estrategias para garantizarla. Las principales medidas tienen que ver con la organización y fortalecimiento de los servicios de salud y sanitarios.

Al igual que en Chiapas, en Tabasco la **CAIMFS** tienen facultad para atender de manera integral a las personas migrantes. Sin embargo, al momento de elaborar este informe, no se encontraron documentos sobre planes, programas o estrategias no existen estrategias o protocolos específicos para atender situaciones de **VBG** o necesidades específicas de las mujeres migrantes o personas **LGBTIQ+** en Tabasco. Dada la relevancia de Tabasco para la dinámica migratoria en la región, varias organizaciones no gubernamentales e instancias de cooperación internacional, ejecutan programas para la atención a personas migrantes en tránsito.

« POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TABASCO »

La respuesta institucional a las necesidades de **SSR** en la entidad está determinada por una convergencia de marcos jurídicos estatales de avanzada y una infraestructura operativa en proceso de transición hacia el modelo federalizado (**IMSS-Bienestar**).

La figura 7 resume las políticas del estado de Tabasco en torno a **SSR** en los ámbitos de interés de este informe.

CONSEJERÍA Y ENTREGA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

En el estado, la operación de la **NOM-005** se centraliza en las unidades de primer nivel, aunque existen brechas persistentes. La cobertura anticonceptiva en mujeres en edad fértil ha aumentado progresivamente en Tabasco, aunque las tasas siguen siendo menores a las nacionales (73.1%). La brecha se atribuye a dificultades administrativas y de accesibilidad de los centros de salud, además del desconocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos (195).

*Figura 11. Síntesis de políticas de SSR en Tabasco

- CONSEJERÍA Y ENTREGA DE ANTICONCEPTIVOS
 - × GESTIÓN A TRAVÉS DE DISTRITOS DE SALUD BAJO LA NOM-005.
- SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES
 - × EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES (MAISSRA) OPERA EN EL ESTADO PARA TODOS LOS ADOLESCENTES, AUNQUE NO MENCIONA EXPLÍCITAMENTE A MIGRANTES.
- ATENCIÓN PRENATAL, OBSTÉTRICA Y POSNATAL
 - × ALINEADO CON LA NOM-007, INTEGRA LA PARTERÍA TRADICIONAL EN ESPACIOS BIOMÉDICOS PARA AMPLIAR LA COBERTURA.
- ACCESO AL ABORTO
 - × EN MAYO DE 2025, SE DESPENALIZÓ EL ABORTO HASTA LAS 12 SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL ESTADO.
- ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL
 - × APLICACIÓN DE LA NOM-046. EL ESTADO SE ADSCRIBE AL DECÁLOGO DE COMPROMISOS DEL SECTOR SALUD PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑAS, ADOLESCENTES Y MUJERES.
- PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO
 - × TAMIZAJE Y VACUNACIÓN SEGÚN LA NOM-014

Fuente: elaboración propia con información de los instrumentos citados, 2026.

SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES

El Modelo de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (**MAISSRA**) del estado tiene el objetivo de garantizar el derecho de las personas adolescentes a decidir de manera libre e informada sobre su vida reproductiva (196). **EL MAISSRA** opera en los Módulos de servicios amigables, 163 unidades repartidas en todo el estado que brinda servicios de orientación a adolescentes mayores de 15 años (197). Sin embargo, estos programas no incluyen mención específica de atenciones enfocadas en las necesidades de adolescentes migrantes.

Alineados con las estrategias de asistencia social y de atención a migrantes en el estado de Tabasco, el Gobierno ha fortalecido los servicios de albergue y asistencia. Como resultado, se creó el albergue Colibrí, para infancias y adolescencias solicitantes de asilo, no acompañados o separados, que brinda atención médica y psicológica a esta población. Además, en el último período gubernamental (2025), se fortaleció la red de Centros de Asistencia Social a Niñas, Niños y Adolescentes acompañados en Contexto de Migración, ubicada en Centro y Tenosique, que brinda servicios de albergue y atención médica y psicológica (199).

ATENCIÓN PRENATAL, OBSTÉTRICA Y POSNATAL

La atención materna sigue los lineamientos de la **NOM-007-SSA2-2016** (113).

ACCESO AL ABORTO

El 17 de mayo de 2025, el Congreso de Tabasco despenalizó el aborto hasta las 12 semanas de gestación (200). En el estado, existen dos unidades de salud que proveen servicios de aborto seguro, en los municipios de Centla y Comalcalco (172). Según la **SSA** estatal, la atención al aborto seguro incluye la referencia a servicios especializados de atención a violencia y salud mental después de realizar un aborto voluntario (201). No hay mención específica de atención diferenciada para personas migrantes que deseen acceder a los servicios de aborto seguro.

ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL

El estado de Tabasco observa la **LAMVLM** (202). Además, el estado se adscribe al Decálogo de Compromisos del Sector Salud para la Prevención y Atención Integral de la Violencia Sexual en Niñas, Adolescentes y Mujeres (149).

« NECESIDADES DE SSR DE MUJERES Y PERSONAS LGBTIQ+ MIGRANTES EN TABASCO »



Para la mayoría de las personas migrantes, las principales proveedoras de servicios de salud son las organizaciones sociales, como las Casas del Migrante, u otras organizaciones, como **Médicos sin Fronteras (186,192)**. En un estudio realizado durante 2021-2022, se documentó una frecuencia del 17.6% de mujeres embarazadas migrantes en Tenosique (192). De ese porcentaje, una proporción significativa reportó tener algún signo de riesgo, como dolor de cabeza (25.9%) o fiebre y zumbido de oídos (7.4% cada uno). Sin embargo, a pesar de necesidades de **SSR**, otro estudio documentó en 2022 que, entre las mujeres migrantes que ingresan por la frontera de Tenosique, el acceso al control prenatal es casi inexistente durante el tránsito, y solo logran atención médica cuando se presenta una urgencia, lo que incrementa el riesgo de morbilidad materna (168).

La **VS** es una de las constantes en las trayectorias de las personas migrantes (203). En un estudio realizado en Tenosique, se documentó una frecuencia de 62.3% entre personas **LGBTIQ+** y de 27.8% entre mujeres en sus países de origen, mientras que estas prevalencias aumentan significativamente en el tránsito (76.9% entre **LGBTBIQ+** y 30.5% entre mujeres). El acceso a la justicia no es una realidad para estas personas, quienes señalan no denunciar por miedo a represalias (192).

Además de la **VS** ejercida por diversos agentes en la ruta, algunos actores institucionales han reportado la existencia de redes de trata de personas que concentran sus agresiones hacia las mujeres migrantes (192). Para responder a estas agresiones, se documentó que la Dirección de Salud Psicosocial de la Jurisdicción Sanitaria es la principal instancia, aunque frecuentemente carecen de insumos para la atención, por lo que otras organizaciones cubren esta necesidad (192). Otros de los agresores comunes en la ruta, reportados especialmente en Tabasco, son las autoridades de diversos niveles del estado, quienes ejercen **VS** entre muchos otros tipos de violencia hacia las personas migrantes, especialmente las mujeres y las personas **LGBTIQ+** (33)

Al indagar sobre uso de métodos anticonceptivos, mujeres migrantes en Tenosique han reportado una frecuencia de 70.8%, y 5% de ellas señalaron que la elección del método anticonceptivo fue por motivos de migración (192).

« SERVICIOS PÚBLICOS DE SSR A NIVEL LOCAL »



TENOSIQUE, TABASCO

Tenosique es un municipio con una población de 62,310 habitantes (INEGI, 2020). Es un punto crucial en la ruta migratoria por México debido a su ubicación fronteriza con Guatemala. El incremento de los flujos migratorios sur-norte de los últimos años, dio pie a que diversos organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil desarrollaran acciones humanitarias en el municipio para atender a la población en movilidad hasta 2024 (204). La *Tabla 6* sintetiza las instituciones y organizaciones que cuentan con servicios para atender las necesidades de **SSR** y **VBG** en Tenosique.

Tabla 6. Servicios de **SSR** para atender las necesidades de la población migrante en Tenosique.

ORGANIZACIÓN / INSTITUCIÓN	POBLACIÓN DIANA	SERVICIOS
SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE NECESIDADES DE SSR		
• Instituciones públicas •		
• Centro de Salud Comunitario	Población general, incluyendo población migrante	• Consejería y métodos anticonceptivos, citología cervical, atención pre y posnatal.
• Unidad de Medicina Familiar del IMSS	Derecho habientes del IMSS	• Atención primaria y de SSR .
• Hospital comunitario de Tenosique	Población general, incluyendo población migrante	• Atención obstétrica, de parto, posparto, atención oportuna de displasias cervicales. También proporciona atención médica a casos de violencia de género, incluyendo el paquete de profilaxis post-exposición de VS .
• Organizaciones de la sociedad civil, no gubernamentales y otras •		
• Chatbot "Te Acompaño"	Población en contexto de movilidad	• Herramienta digital automatizada que brinda orientación sobre derechos sexuales y reproductivos, rutas de atención en casos de VS y acceso seguro al aborto.
• Médicos del Mundo Suiza	Población en contexto de movilidad	• Atención primaria de salud en el Albergue La 72. • Salud sexual y reproductiva: consejería y métodos anticonceptivos, atención prenatal y posnatal, aborto con medicamentos, atención médica integral de VS (profilaxis postexposición). • Aborto con medicamentos. • Gestión de casos de violencia de género. • Atención psicológica
• Cruz Roja Mexicana		• Atención primaria de salud en el Albergue La 72.
• Ayuda en Acción		• Gestión social en el Albergue La 72: apoyo para integración local, empleabilidad, apoyo para trámites.

ORGANIZACIÓN / INSTITUCIÓN	POBLACIÓN DIANA	SERVICIOS
SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO		
· Instituciones públicas ·		
• Dirección de Atención a la Mujer del Ayuntamiento de Tenosique	Mujeres sobrevivientes de VBG y VS	• Orientación jurídica, atención psicológica y de trabajo social a mujeres en situación de violencia intrafamiliar, incluyendo a mujeres migrantes.
• Programa de Atención Integral para el Bienestar de las Mujeres (PAIBIM)		• Orientación, atención y acompañamiento jurídico, psicológico y trabajo social.
· Organizaciones de la sociedad civil, no gubernamentales y otras ·		
• Médicos del Mundo Suiza	Población en contexto de movilidad	• Atención médica y psicológica a la violencia de género, gestión de casos de VBG.
• La 72, Hogar-Refugio para Personas Migrantes		• Brinda refugio seguro a mujeres migrantes y sobrevivientes de violencia. Las OSC que trabajan en colaboración prestan servicios complementarios.

Fuente: elaboración propia con información proporcionada por el equipo de MdM Suiza. Información actualizada hasta Julio de 2025.

Al momento de la redacción de este informe, en Tenosique no se contaba con un servicio de aborto seguro. Los casos que requieren atención de tercer nivel son referidos a la ciudad de Villahermosa. Aunque en el pasado existió un Grupo de Trabajo Humanitario en el que coordinaban acciones al menos siete organizaciones internacionales, desde 2024 varias organizaciones han dejado de dar atención en Tenosique, en gran medida por los cambios en el flujo migratorio y la disminución de fondos disponibles para operar.

Médicos del Mundo ha brindado atención en Tenosique desde 2024. El proyecto en esta ciudad se enfoca en brindar atención integral en salud a personas en movilidad humana. Durante 2024, y hasta 2024, MdM S prestó servicios de atención primaria y de salud SSR, que se sintetizan en la Tabla 7.



Tabla 7. Servicios de SSR provistos por MdM en Tenosique durante 2023 – 2024**

INDICADOR	2023	2024	TOTAL
Total de consultas de salud sexual y reproductiva proporcionadas*	51	178	229
Género			
Mujer	50	164	214
Hombre	1	14	15
Edad			
<18 años	9	16	25
>18 años	42	162	204
Total de personas que recibieron consultas en actividades de salud sexual y reproductiva ^A	-	-	-
Género			
Mujer	-	-	-
Hombre	-	-	-
Otro	-	-	-
Edad			
<18 años	-	-	-
>18 años	-	-	-
Número de consultas de consejería y otorgamiento de métodos anticonceptivos*	18	45	63
Género			
Mujer	18	45	63
Hombre	-	-	-
Otro	-	-	-
Edad			
<18 años	1	1	2
>18 años	17	44	61
Métodos anticonceptivos entregados**	18	45	63
Condón masculino	-	-	-
DIU/SIU	-	-	-
Inyectable	5	8	13
Implante	3	9	12
Condón femenino	-	-	-
Anticoncepción de emergencia	-	-	-
Orales combinado	1	2	3
Desconocido	9	26	35
Parche	-	-	-
Personas gestantes atendidas ^{A*}	14	28	42
<18 años	8	4	12
>18 años	6	24	30

INDICADOR	2023	2024	TOTAL
Casos de violencia sexual atendidos ^{Δ*}	0	10	10
Género			
Mujer	0	9	9
Hombre	0	1	1
Edad			
<18 años	-	-	-
>18 años	0	10	10
Tiempo transcurrido desde la agresión			
<72 h	-	-	-
>72 h	-	-	-
Desconocido	0	10	10
Interrupciones de embarazo	-	-	-
<18 años	-	-	-
>18 años	-	-	-

Fuente: elaboración propia con datos de MdM.

* En Tenosique no se realizan actividades de detección y manejo de cáncer cervicouterino, por lo que no se incluyen.

** Todas las atenciones fueron provistas por el área médica o de enfermería.

✖ No se cuenta con código de identificación de paciente único.

+ Los registros de métodos anticonceptivos entregados no incluyen género.

- No existen registros o la atención no se brinda dentro del paquete de servicios de MdM.

Dentro del trabajo que MdM S realizó en Tenosique para la atención de la VBG durante los años 2023-2024, en conjunto con ACNUR, se reportaron 296 casos de VBG gestionados (125 en 2023; 171 en 2024) y 259 sobrevivientes de VBG refugiadas, solicitantes de refugio o protección internacional (117 en 2023; 142 en 2024). Asimismo, se llevaron a cabo 708 atenciones de seguimiento de estos casos (265 en 2023; 503 en 2024).



Chihuahua, estado ubicado en el norte de México, representa el tramo final del tránsito migratorio hacia Estados Unidos. A diferencia de Chiapas y Tabasco, el estado no es sólo un corredor de tránsito, sino un espacio de espera y contención (205). Además de las políticas migratorias encaminadas a contener el flujo migratorio en México, en el estado confluyen actores delincuenciales que, sumados a las condiciones climáticas adversas, representan riesgos sustanciales para las personas migrantes (206). La CNDH documentó diversas violaciones a los derechos humanos de las personas migrantes en las estancias del INM. La más reciente, el 27 de marzo de 2023, donde 40 personas migrantes fallecieron en un incendio provocado en la estación migratoria de Ciudad Juárez (207), lo que derivó en la Recomendación por Violaciones Graves 111VG/2023, que se espera que se convierta en un punto de inflexión para cambiar el modelo carcelario de las estaciones migratorias por uno que respete las condiciones de vulnerabilidad de las personas migrantes y el respeto a sus derechos humanos (153).

« SISTEMA DE SALUD DEL ESTADO DE CHIHUAHUA »

La Secretaría de Salud del estado de Chihuahua es la entidad rectora y encargada de garantizar los servicios públicos de salud a personas que no cuentan con cobertura de seguridad social (208). Chihuahua es una de las entidades que no se adhirió al proceso de federalización del **IMSS Bienestar**, por lo que la rectoría y la provisión de servicios de salud se mantiene bajo la responsabilidad de las autoridades a nivel estatal. La atención médica en la entidad se proporciona en unidades del sistema de salud público, permitiendo que la población migrante acceda a servicios básicos de salud, atención de urgencias y consultas médicas en centros de salud y hospitales generales.

Los Servicios de Salud de Chihuahua (**SSCH**) son los principales proveedores de servicios de salud para la población sin seguridad social, incluyendo a las personas en movilidad. El estado se divide en siete regiones sanitarias y cuatro municipios de la **Red Chihuahuense de Municipios por la Salud** (209). De las regiones sanitarias, Ciudad Juárez, es la que concentra la mayor carga de atenciones a personas migrantes en el estado.

En 2024, el Gobierno estatal implementó el programa "**MediChihuahua**", una estrategia dirigida a habitantes del estado sin afiliación a la seguridad social. El programa opera mediante una red conformada por 23 hospitales y 234 centros de salud, con servicios de atención primaria y secundaria, y 129 especialidades médicas. No obstante, el acceso a los servicios de salud a través de "MediChihuahua" requiere de un proceso de registro, el cual exige documentos de identificación como credencial para votar (**INE**) o pasaporte; en el caso de menores de edad o personas sin estos documentos, se solicita acta de nacimiento o Clave Única de Registro de Población (**CURP**), además de una carta que acredite la no afiliación a otro sistema de seguridad (210).

El Consejo Estatal de Población (COESPO) del estado de Chihuahua es un organismo público descentralizado que, en coordinación con la Secretaría General de Gobierno, establece las bases de la política de población en la entidad, conforme a lo estipulado en el Acuerdo número 459 de la Constitución del Estado, promulgado en 1984 (211). El área de Atención a Migrantes del **COESPO**, tiene como función principal coordinar, promover e implementar programas interinstitucionales orientados a la atención integral de personas en situación de movilidad (212). Además, el **COESPO** reconoce como aliadas estratégicas a las organizaciones sociales, no gubernamentales

y de cooperación internacional para consolidar las políticas de atención a la población migrante (213).

El Consejo Estatal para la Protección y Atención a Migrantes es un órgano colegiado presidido por la Secretaría General de Gobierno de Chihuahua y **COESPO**, e integrado por representantes de los tres órdenes de gobierno: ejecutivo, legislativo y judicial, en colaboración con representantes de instituciones sociales y den vocales de la sociedad civil. El objetivo del Consejo es evaluar y generar políticas para la atención de las personas migrantes y sus familias, incluyendo respuesta a necesidades de salud (214).

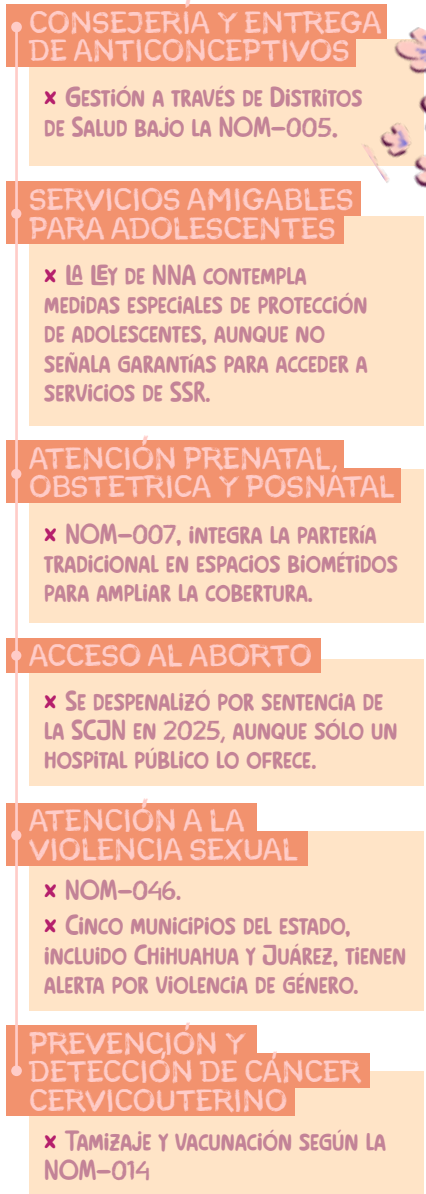
Aunque el estado cuenta con una **Ley para la Protección y el Apoyo a las Personas Migrantes en el Estado de Chihuahua**, en vigor desde 2016, para garantizar el respeto y la protección de los derechos humanos de las personas migrantes y promover políticas públicas destinadas a esta población, la Ley no contempla mecanismos específicos para salud o **SSR** (214). El Programa Estatal de Población 2022-2027 incorpora en su Objetivo 4 el Programa de Atención a Personas Migrantes y Movilidad Humana, que articula diversas instituciones para la respuesta multisectorial a las necesidades de las personas migrantes (213); sin embargo tampoco explicita estrategias enfocadas en salud o **SSR**, aunque sí ofrece dentro de sus servicios la referencia a servicios públicos, incluyendo de salud.

Para atender las necesidades de la población migrante, el Gobierno del estado creó el **Centro de Atención Integral a Migrantes (CAIM)**, instancia adscrita al **COESPO**. El **CAIM** articula diversas dependencias gubernamentales y aliados estratégicos con el objetivo de brindar atención integral a personas migrantes (215). El **CAIM** ofrece servicios sociales, jurídicos, albergue y atención en salud mental y apoyo psicosocial (211,215).

« POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN CHIHUAHUA »

El Programa Estatal de Población de Chihuahua 2022-2027 ha establecido como uno de sus objetivos centrales en materia de **SSR** impulsar las capacidades y oportunidades de acceso a la salud para la toma de decisiones libres e informadas (213). Una de las líneas de acción del Programa es **Planificación Familiar, Salud Sexual y Reproductiva y Género**, el cual tiene el objetivo de impulsar el acceso a la salud para garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (213). Además, el Programa Estatal de Población enfatiza la necesidad de fortalecer la coordinación interinstitucional, garantizar el acceso

Figura 8. Síntesis de políticas de SSR en Chihuahua



*Fuente: Fuente: Elaboración propia con información de los documentos citados, 2026.

a la información y a los servicios, promover la educación sexual integral y prevenir la violencia de género. Estas acciones se dirigen especialmente a los grupos históricamente marginados, con la finalidad de promover su inclusión efectiva en los servicios de salud. La figura 8 sintetiza las políticas de SSR en el estado de Chihuahua.

CONSEJERÍA Y ENTREGA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El programa **Planificación Familiar, Salud Sexual y Reproductiva y Género** contempla las estrategias interinstitucionales para fortalecer los servicios de anticoncepción y su acceso a las poblaciones más vulnerables (216). En Chihuahua, la provisión de métodos anticonceptivos se rige por la NOM-005-SSA2-1993. Para la población migrante, el acceso se canaliza a través de los Centros de Salud urbanos y unidades móviles.

SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES

La Ley de **los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chihuahua** incluye el desarrollo de estrategias de salud preventiva, incluyendo aquellas sobre SSR, para les adolescentes del estado. La Ley además contempla medidas especiales de protección la les **NNA** migrantes, aunque no contempla medidas adicionales para garantizar el acceso a servicios de SSR de esta población (217).

En 2017, en el estado se conformó el **Grupo Estatal para Prevenir el Embarazo en Adolescentes (GPEA)**, con participación de representantes de instituciones gubernamentales y de la sociedad civil. Entre sus objetivos se encuentra atender las causas del embarazo adolescente y la oferta y calidad de información sobre servicios de SSR (218), sin embargo, contempla la concentración de esfuerzos en los planteles educativos, lo que deja fuera de las estrategias a les adolescentes más vulnerables que no se encuentran escolarizadas, como les migrantes. El estado cuenta con 50 Unidades de Servicios Amigables para adolescentes que brindan atención a personas de 10 a 19 años bajo un modelo de privacidad y trato digno (219).

De manera destacable, en el estado la prevalencia anticonceptiva entre adolescentes disminuyó, contrario a lo ocurrido en el país, donde las tasas en general aumentaron ligeramente de 2014 a 2018 (220).

ATENCIÓN PRENATAL, OBSTÉTRICA Y POSNATAL

La atención materna sigue los lineamientos de la NOM-007-SSA2-2016. El Programa Sectorial de Salud contempla el fortalecimiento de la atención de la salud pre y prenatal a partir de garantizar el acceso oportuno a los servicios de SSR durante todas las etapas gestacionales (209). Los hospitales públicos operan con una política de **"Cero Rechazo"** para emergencias obstétricas; sin embargo, no se encontraron documentos oficiales que mencionen de manera explícita acciones para personas gestantes migrantes.

ACCESO AL ABORTO

El 30 de enero de 2025, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (**SCJN**) emitió la Declaratoria General de Inconstitucionalidad 1/2024, declarando inválidos los artículos 143, 145, 146 y proemio del Código Penal de Chihuahua que criminalizaban el aborto voluntario (221). Esta sentencia tuvo efectos inmediatos y retroactivos, lo que significa que ninguna autoridad estatal puede sancionar a una persona por abortar ni solicitar responsabilidades a personal médico que participe con consentimiento. Con esta decisión, Chihuahua se convirtió en la entidad número 21 en México en despenalizar el aborto hasta las 12 semanas de gestación (222).

En cuanto a la implementación práctica, la Secretaría de Salud de Chihuahua ha sido instruida para habilitar unidades médicas estatales en diversos municipios que ofrezcan servicios de aborto seguro (223). De acuerdo con el **Directorio de Servicios de Aborto Seguro del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR)**, en 2025 existía sólo un sitio donde se proveían servicios de aborto seguro, ubicado en la capital del estado, en el Hospital General "Dr. Salvador Zubirán Anchondo" (224).

ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL

En Chihuahua, del 71% de las mujeres mayores de 15 años que han experimentado alguna violencia a lo largo de su vida, el 50% señaló haber vivido al menos un evento de violencia sexual a lo largo de su vida (225). En 2021, se emitió la Declaratoria de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en cinco municipios, incluido Ciudad Juárez, del estado de Chihuahua (226).

En el estado, todas las instancias de salud del gobierno se rigen por la NOM-046. Además, el estado tiene instancias especializadas, como los Centros de Justicia para las Mujeres (**CEJUM**), que tienen el mandato de brindar atención integral a las mujeres víctimas de violencia y sus familias (227), incluyendo atención médica (228).

Además, existe un Protocolo único para la Prevención, Detección y Actuación en Casos de Violencia contra **NNA**, enfocado en las unidades escolares para detectar adecuadamente los casos de **VS** que involucren infancias o adolescencias (229). Ipas México ha destacado la gran problemática del embarazo infantil en el estado de Chihuahua, estado donde el 41% de las niñas de entre 10 y 14 años que tuvieron un hijo nacido vivo, reportaron que el hombre tenía entre 18 y 50 años (230).



PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DEL CUELLO UTERINO

La prevención se gestiona a través del Programa de Cáncer de la Mujer de los Servicios de Salud del Estado de Chihuahua. El programa **MediChihuahua**, cubre tamizajes de cáncer de forma gratuita para población sin seguridad social (incluyendo migrantes). (210)

« NECESIDADES DE SSR DE MUJERES Y PERSONAS LGBTIQ+ MIGRANTES EN CIUDAD JUÁREZ »



Chihuahua es un estado de tránsito y estancia prolongada para las personas migrantes. Diversos estudios han documentado las barreras que enfrentan las mujeres migrantes y personas LGBTIQ+ en el acceso a servicios de SSR durante su trayecto migratorio.

Un estudio realizado en albergues para personas migrantes en Ciudad Juárez, Chihuahua, señala que existe una carencia estructural de información adecuada sobre **SSR**, tanto en los países de origen como durante el tránsito migratorio (231). Además, se documentó que 38.1% de las mujeres migrantes se colocaron un método anticonceptivo antes de iniciar el tránsito, siendo los métodos inyectables los más utilizados (55.6% de quienes señalaron colocarse un método previo al tránsito) (231). Sin embargo, una de las principales necesidades de las mujeres migrantes es el acceso a métodos anticonceptivos de larga duración (232). El estudio también identificó la relevancia de contar con personal de salud femenino, debidamente capacitado y que inspire confianza, así como la necesidad de garantizar espacios privados para la atención, de forma que se preserve la confidencialidad.

Otra necesidad de **SSR** documentada es contar información sobre la gestión e higiene menstrual, hasta un 40% de mujeres mencionó no tener información suficiente sobre insumos de

gestión menstrual; más aún, que durante su tránsito no habían tenido acceso a ellos (233). En un estudio diferente conducido en Ciudad Juárez, el 69.9% de las mujeres encuestadas señalaron no haber tenido acceso a medicamentos para el dolor experimentado durante el ciclo menstrual; y 36.4% indicaron que el dolor le dificultó realizar sus actividades cotidianas (234). Algo similar fue documentado en otro estudio, en el que además se destaca que la dificultad para hablar sobre la menstruación es una barrera adicional para acceder a productos y medicamentos para gestionarla (235).

Sobre el acceso a servicios de salud **SSR**, la mayoría de las mujeres migrantes utilizó principalmente el servicio disponible en el albergue en que se encontraba; las personas que no buscaron atención, fue por desconocimiento de los servicios a los cuales acudir (234). En el estudio de Peña y Vázquez-Quesada, se documentó que entre las mujeres que reportaron haber mantenido relaciones sexuales durante su tránsito (17% de la muestra), 52.3% reportó haber tenido algún problema, el 34.1% expresó preocupación por un embarazo no deseado, el 31.8% por infecciones de transmisión sexual, el 9.1% reportó lesiones vulvares posteriores a la relación sexual y el 6.8% refirió urticaria vulvar o picazón genital (234).

En 2023, **MdM F** llevó a cabo un diagnóstico de necesidades en salud de adolescentes y personas adultas migrantes en Ciudad Juárez, en el cual, el 95.5% de la población encuestada refirió no haber recibido información sobre métodos anticonceptivos en la ciudad (236). Además, se documentaron algunos factores que impactan tanto el comportamiento de búsqueda de salud como el acceso a servicios de **SSR**, como:

- La falta de conocimiento y los requisitos de acceso a los servicios de **SSR** son barreras importantes.
- Se requiere información sobre servicios de salud, métodos anticonceptivos y prevención de **ITS**. Para adolescentes, es especialmente clave informarles sobre sus derechos sexuales y reproductivos en México.
- La confianza y la confidencialidad son condiciones clave para acudir a los servicios de **SSR**.
- La **SSR** debe abordarse desde una perspectiva integral que incluya la prevención de la violencia basada en género (**VBG**), igualdad de género, **ITS** y corresponsabilidad. Además, la información debe brindarse a hombres y mujeres.
- Es necesario atender la salud mental en el contexto migratorio.



Aunque existen algunos espacios no gubernamentales dedicados a la atención de personas pertenecientes a la comunidad **LGBTIQ+**, persiste una carencia de información específica sobre las necesidades de esta población en materia de consejería y métodos anticonceptivos (237,238). Se documentó solo un estudio enfocado en conocer las experiencias de las personas alojadas en albergues y otros espacios en Ciudad Juárez, el cual subraya la importancia de favorecer el acceso igualitario a los servicios de salud para las personas **LGBTIQ+** (237). Las mujeres trans enfrentan violencia y abusos exacerbados, ejercidos por particulares, fuerzas del orden y por otras personas alojadas en los albergues para personas migrantes (238). Aunque cada vez más espacios de resistencia y redes de comunidad contribuyen a visibilizar las necesidades de las mujeres trans migrantes, es necesario que las respuestas institucionales se estructuren y organicen para garantizar el respeto a sus derechos, especialmente el acceso a servicios de salud (238).

Sobre el tema de cuidado prenatal, parto y posnatal, destaca que, en albergues de estancia prolongada, los partos no son inusuales, por lo que proporcionar un control adecuado a mujeres en situación de movilidad constituye una preocupación común entre estos espacios. Se estima que aproximadamente el 30% de las mujeres no reciben un adecuado seguimiento prenatal. La programación de citas médicas, estudios y revisiones periódicas se ve obstaculizada por la incertidumbre respecto al tiempo y lugar de permanencia durante el trayecto migratorio. Además, la falta de documentación migratoria representa un desafío adicional, incluso aunque las mujeres son referidas desde los albergues (232).

En otro estudio realizado por **Plan International** con 60 mujeres adolescentes migrantes y 30 organizaciones en Ciudad Juárez, el 4% de las adolescentes reportó haber vivido **VBG**, aunque se teoriza que este bajo porcentaje puede deberse a normalización o desconocimiento de estos tipos de violencia. Por otra parte, la mayoría de adolescentes señaló tener malestares de salud mental asociados a las condiciones del tránsito (239).

Aunque existe una red fortalecida de organizaciones de la sociedad civil, no gubernamentales y otras agencias, persisten importantes barreras para el acceso a los servicios de **SSR**. Las principales barreras son normativas, institucionales, organizacionales e individuales, especialmente la falta de recursos para acceder a los servicios (106).

En un estudio en el que participaron 61 personas migrantes que se dedican al trabajo sexual, venta o uso de drogas en Ciudad Juárez, los hallazgos mostraron una constante exposición a violencia y abusos, incluyendo a agentes de seguridad como

perpetradores. Varias personas indicaron ejercer el trabajo sexual desde sus países de origen, aunque la mayoría reportó haber iniciado con esta ocupación en Ciudad Juárez debido a las dificultades de acceder a otras formas de empleo. La alta vulnerabilidad que experimentan las personas migrantes que se dedican al trabajo sexual aumenta el riesgo de transmisión de VIH y otras **ITS**, en un contexto donde el acceso a los servicios de salud no está garantizado, lo cual les vulnera aún más (240).

Los estudios coinciden en la necesidad de adaptar los servicios de salud para responder a las dinámicas de movilidad de las personas migrantes. La creación de estrategias adaptadas a la movilidad, se puede contribuir a, garantizar el seguimiento de casos, favorecer la asistencia a citas médicas en distintos puntos de la ruta migratoria y la tramitación de la documentación que permita el seguimiento (106,231,233).

« SERVICIOS PÚBLICOS DE SSR A NIVEL LOCAL »

CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA

Ciudad Juárez, en Chihuahua, es una ciudad multicultural y diversa, que además de caracterizarse por su perfil industrial y de manufactura, ha estado presente en el discurso público debido a su alta tasa de feminicidios (206), siendo el caso de Campo Algodonero un parteaguas en la gestión de la violencia hacia las mujeres en México (241).

La atención en salud dirigida a la población migrante en Ciudad Juárez se organiza mediante un sistema que involucra servicios públicos, organizaciones sociales, y la cooperación de organizaciones nacionales e internacionales.

Tabla 8. Servicios de **SSR** para atender las necesidades de la población migrante en Ciudad Juárez.

ORGANIZACIÓN / INSTITUCIÓN	POBLACIÓN DIANA	SERVICIOS
SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE NECESIDADES DE SSR		
• Instituciones públicas •		
• Hospital de la mujer	Población no derecho-habiente, incluyendo personas migrantes	• Consulta de ginecología y obstetricia, atención a enfermedades ginecológicas, partos, cesáreas y cirugías relacionadas con padecimientos exclusivos de mujeres o personas con capacidad de gestar.
• Consulta externa del Instituto Chihuahuense de Salud (ICHISAL)	Población no derecho habiente, trabajadores del estado y sus familias.	• Medicina general, servicios de psicología, nutrición, rayos X, laboratorio, medicina preventiva.
• Centro de Salud "Todos Somos mexicanos" • Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) Colinas de Juárez	Población no derecho-habiente, incluyendo población en movilidad con identificación de su país.	• Medicina general, servicios de psicología, nutrición, estomatología, hidratación oral, rayos X, laboratorio, banco de sangre, y área de inhaloterapia
• Centro Avanzado de Atención Primaria (CAAPS) Anapra • CAAPS Águilas de Zaragoza	Población no derecho-habiente, incluyendo población en movilidad con identificación de su país.	• Consulta general, medicina preventiva, servicios amigables. • Consulta de especialidades: Ginecología, Psicología, Dermatología, Oftalmología, Urología, Ortopedia y Otorrinolaringología, Odontología, nutrición, laboratorio (análisis de sangre y orina), ultrasonidos, electrocardiogramas y densitometría ósea.
• Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) Senderos del Sol	Medichihuahua, población en movilidad con identificación de su país, atiende todas las edades	• Consulta externa, urgencias, laboratorios, Rayos X, tamiz metabólico, citología convencional, prueba de detección VPH , estimulación temprana, pruebas rápidas VIH , sífilis, vacunación, odontología, psicología, nutriólogo, servicios amigables, servicios especializados de atención a la violencia de género.
• Centro de Salud Comunitario #12 San Felipe	Toda la población, con o sin derechohabientas.	• Consulta general, nutrición, odontología, tamiz metabólico, citología convencional, prueba de detección VPH , estimulación temprana, pruebas rápidas VIH , sífilis, vacunación, servicios especializados de atención a la violencia de género, salud perinatal servicios amigables y curaciones.
• Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)	Población no derecho-habiente, incluyendo población en movilidad con identificación de su país, atiende personas mayores de 18 años.	• Especializado en la prevención y tratamiento de VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). • Ofrece pruebas de detección gratuitas, entrega de preservativos y tratamiento especializado.

ORGANIZACIÓN / INSTITUCIÓN	POBLACIÓN DIANA	SERVICIOS
• Organizaciones de la sociedad civil, no gubernamentales y otras •		
• Plan International	Mujeres migrantes mayores de 13 años	• Charlas y entrega de kits para salud menstrual.
• Vamos juntos (hasta marzo de 2025)	Personas en movilidad	• Atención médica y de nutrición
• Iniciativa de Salud Humanitaria en la Frontera		• Charlas de salud bucal, métodos anticonceptivos, higiene. Gestión social para traslado a servicios de salud.
• International Rescue Committee (IRC)	Personas en contexto de movilidad y que han vivido violencia	• Consulta médica, atención psicológica grupal, anticoncepción, asistencia en aborto seguro.
• Médicos sin Fronteras		• Consulta médica, atención psicológica y de trabajo social. Anticoncepción, asistencia en aborto seguro.
• Aborteras del Norte	Mujeres y personas con posibilidad de gestar	• Acompañamiento para el aborto seguro.
• Programa Compañeros A.C	Mujeres, hombres, personas que viven con VIH , personas que consumen drogas, personas LGBTIQ+ , jóvenes.	• Actividades de prevención de VIH , ITS y reducción de riesgos.
• Hospital de la Familia FEMAP Salud y Desarrollo Comunitario A.C.	Población general	• Hospital privado con precios accesibles. • Pláticas y seguimiento ginecológico a embarazadas. Programa comunitario de sexualidad dirigido para jóvenes.
• Médicos del Mundo (MdM)	Personas en contexto de movilidad	• Orientación sobre salud sexual y reproductiva, consejería y distribución de métodos anticonceptivos, pruebas de detección de ITS , interrupción legal del embarazo. • Atención psicológica.
SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO		
• Instituciones públicas •		
• Instituto Municipal de las Mujeres	Mujeres y sus hijos e hijas, adolescentes y niñas.	• Atención jurídica, psicológica y de trabajo social en casos de VBG . Prevención de la VBG en escuelas y ámbitos comunitarios. • Transversalización de la PG en el ámbito municipal.
• Centro de Justicia para las Mujeres (CEJUM)	Mujeres víctimas de violencia de género	• Atención psicológica, jurídica y de trabajo social.
• Fiscalía Especializada en Atención a Mujeres Víctimas del Delito por Razones de Género y a la Familia (FEM)	Mujeres víctimas de violencia de género	• Investigación y persecución de delitos relacionados con hechos de violencia familiar y en contra de las mujeres. Violencia familiar, delitos de carácter sexual, reporte de ausencias de mujeres y niñas, feminicidios.
• Centro de Atención a la Violencia contra las Mujeres (CAVIM) dependiente del Instituto Chihuahuense de la Mujer (ICHIMUJERES)		• Atención jurídica, psicológica y de trabajo social para mujeres víctimas de violencia. Terapia individual y grupal. Terapia grupal para hombres que generan violencia (en horario diferenciado).
• Centro Municipal para la Atención y Trabajo con Hombres y Masculinidades (CEMATH)	Hombres	• Atención psicológica a hombres que son generadores de violencia.

ORGANIZACIÓN / INSTITUCIÓN	POBLACIÓN DIANA	SERVICIOS
• Organizaciones de la sociedad civil, no gubernamentales y otras •		
• Red Mesa de Mujeres	Mujeres	• Acompañamiento legal, apoyo psicosocial, monitoreo institucional y litigio estratégico.
• Casa Amiga	Mujeres y niñas.	• Apoyo psicológico, acompañamiento jurídico con cuota de recuperación, prevención de la violencia sexual hacia niñas y niños.
• Derechos Humanos Integrales en Acción (DHIA)	Personas en contexto de movilidad	• Gestión de casos de violencia de género, acompañamiento psicológico, asesoría y representación legal, gestión para el acceso a servicios de salud.
• Centro para el Desarrollo integral de la Mujer (CEDIMAC)	Mujeres y familiares de víctimas de feminicidio.	• Defensa y promoción de los derechos de las mujeres. Acompañamiento jurídico y psicosocial a familiares de mujeres víctimas de feminicidio.
• Sin Violencia, A.C.	Mujeres, sus hijas e hijos, adolescentes y niñas.	• Atención gratuita y acompañamiento psicológico, legal, de trabajo social y médico Alojamiento temporal, Refugio y casa de transición para víctimas de VBG.
• Casa Amiga Ester Chávez Cano	Mujeres, adolescentes, niñas y niños.	• Atención psicológica, asesorías legales, tención de trabajo social, para personas que han o están viviendo cualquier situación de violencia de género.
• Centro de Protección de Mujer a Mujer	Mujeres y sus hijas e hijos	• Refugio para mujeres víctimas de VBG.
• Vida Integral para la Mujer	Mujeres	• Organización dedicada a impulsar el crecimiento personal y el bienestar femenino, ofrece cursos de panadería, clases de carpintería, asesoría legal, apoyo y acompañamiento integral.
• Casa Equidad	Hombres	• Centro para hombres con problemas emocionales, relación de pareja, familiar. Terapia psicológica individual, terapias grupales, talleres de masculinidades, talleres de crianza positiva.
• Nuestras Hijas de Regreso a Casa	Mujeres y familias víctimas de delito de desaparición	✕ Acompañamiento y apoyo psicoemocional.

Fuente: elaboración propia con datos de MdM.

En Ciudad Juárez destaca el Centro de Salud **"Todos Somos Mexicanos"**, inaugurado en 2021, como una infraestructura clave para la atención a población migrante y repatriada. Además de las instituciones enlistadas, en Ciudad Juárez destaca el papel de **COESPO**, al brindar servicios de asistencia social y referencia a servicios públicos de salud.

Médicos del Mundo ha brindado atención en Ciudad Juárez desde 2023. El proyecto en esta ciudad se enfoca en facilitar el acceso a la salud y el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos. Entre 2023 y 2025, **MdM F** proporcionó servicios de atención primaria y de **SSR**, que se sintetizan en la *Tabla 9*.

Tabla 9. Servicios de **SSR** provistos por **MdM** en Ciudad Juárez durante 2023 – 2024**

INDICADOR	2023	2024	TOTAL
Total de consultas de salud sexual y reproductiva proporcionadas*	28	189	217
Género			
Mujer	26	147	173
Hombre	2	42	44
Edad			
<18 años	5	16	21
>18 años	23	173	196
Total de personas que recibieron consultas en actividades de salud sexual y reproductiva ^A	28	175	203
Género			
Mujer	26	134	160
Hombre	2	41	43
Otro	-	-	-
Edad			
<18 años	5	16	21
>18 años	23	159	182
Número de consultas de consejería y otorgamiento de métodos anticonceptivos*	5	101	106
Género			
Mujer	3	63	66
Hombre	2	38	40
Otro	-	-	-
Edad			
<18 años	3	9	12
>18 años	2	92	94

INDICADOR	2023	2024	TOTAL
Métodos anticonceptivos entregados*+	5	101	106
Condón masculino	0	76	76
DIU/SIU	0	0	0
Inyectable	0	17	17
Implante	0	5	5
Condón femenino	0	0	0
Anticoncepción de emergencia	2	3	5
Orales combinado	0	0	0
Desconocido	3	0	3
Parche	-	-	-
Personas gestantes atendidas Δ*	12	32	44
<18 años	2	2	4
>18 años	10	30	40
Casos de violencia sexual atendidos Δ*	-	-	-
Género			
Mujer	-	-	-
Hombre	-	-	-
Edad			
<18 años	-	-	-
>18 años	-	-	-
Tiempo transcurrido desde la agresión			
<72 h	-	-	-
>72 h	-	-	-
Desconocido	-	-	-
Interrupciones de embarazo	0	1	1
<18 años	0	0	0
>18 años	0	1	1

Fuente: elaboración propia con datos de MdM.

* En Ciudad Juárez no se realizan actividades de detección y manejo de cáncer cervicouterino, por lo que no se incluyen.
** Todas las atenciones fueron provistas por el área médica o de enfermería.
x No se cuenta con código de identificación de paciente único.
+ Los registros de métodos anticonceptivos entregados no incluyen género.
- No existen registros o la atención no se brinda dentro del paquete de servicios de MdM.





« SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA »

El sistema de salud de Guatemala se sustenta en la Constitución Política de la República, que reconoce la salud como un derecho social y establece la responsabilidad del Estado de garantizar el acceso a servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación para toda la población (242). El Código de Salud, por su lado, rige el desarrollo operativo de este mandato, junto con leyes y reglamentos específicos que regulan la provisión y financiamiento de servicios (243).

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (**MSPAS**) es el órgano rector del sistema de salud, encargado de definir políticas, normas, modelos de atención y lineamientos operativos (244). Además, el **MSPAS** es el principal proveedor de servicios de salud, junto con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (**IGSS**), y los proveedores privados a los que accede la población con capacidad de pago.

El **MSPAS** es el encargado de garantizar la atención médica de calidad, con énfasis en los sectores sociales más vulnerables (245,246). Para cumplir esta función, ofrece servicios gratuitos en unidades de salud, centros de salud y hospitales públicos distribuidos en todo el territorio nacional. Por su parte, el **IGSS** es la institución encargada de proveer servicios médicos y prestaciones sociales a la población trabajadora formal, en el marco de un sistema de seguridad social financiado conjuntamente por empleados, empleadores y el Estado. Su base legal se encuentra en el Decreto Legislativo No. 295, emitido el 30 de octubre de 1946, el cual le otorga el carácter de institución autónoma de derecho público, encargada de aplicar un régimen nacional, unitario y obligatorio de seguridad social (247); y en el artículo 100 de la Constitución Política de la República, que establece que el Estado es el encargado de reconocer y garantizar el derecho a la seguridad social para toda la población (242).

El sistema de salud pública en Guatemala se caracteriza por su descentralización, lo que otorga a las regiones cierta autonomía en la gestión de los servicios. A nivel local, esta red está conformada por hospitales regionales, centros de salud y puestos de salud (245,248). Según los últimos datos reportados, el **MSPAS** da cobertura al 70% de la población, el **IGSS** al 17.45%; y el resto de los servicios de salud son prestados por la sanidad militar (0.5%) (249). En el sector privado, que da cobertura al 12% restante, existen clínicas y hospitales que ofrecen servicios médicos a quienes pueden asumir los costos correspondientes;

Figura 13. Sistema de Salud en Guatemala

ÓRGANO RECTOR	Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS)				
SECTOR	Sector público		Sector privado		
BENEFICIARIOS	Población sin seguridad social	Población con seguridad social	Población con capacidad de pago	Población sin cobertura	
	Personas sin cobertura de protección social	Personas con cobertura de protección			
PROVEEDORES Y GESTORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Centros y Puestos de Salud, Centros Especializados, Clínicas y Hospitales del MSPAS	IGSS	Sanidad Militar	Prestadores privados de lucro	Servicios de ONGs

Fuente: elaboración propia con datos de Becerril-Montekio, 2011.w

por lo que el acceso a esta atención se encuentra limitado por la capacidad económica de los/as usuarios/as. Paralelamente, diversas organizaciones sociales y no gubernamentales, especialmente en zonas rurales o de difícil acceso, contribuyen de forma significativa a la provisión de servicios sanitarios.

El **MSPAS** opera de forma descentralizada en 29 Direcciones Departamentales de Redes Integradas de Servicios de Salud (**DDRIS**), subdivididas en distritos y municipios (250). Tiene un sistema de establecimientos de salud que incluyen Centros Comunitarios de Salud (**CCS**), Puestos de Salud (**PS**), Centros de Salud (**CS**), Centros de Atención Permanente (**CAP**), el Centro de Atención Integral Materno Infantil (**CAIMI**), el Centro de Atención con Especialidades en Salud (**CAES**) y Hospitales; los cuales actúan según las necesidades y densidad de la población (251). Sin embargo, el **MSPAS** reconoce que el acceso a servicios de salud aun enfrenta varios retos, por lo que en 2018, se inició la **Estrategia Nacional de Redes Integradas de Servicios de Salud (ENRISG)**, con el objetivo de fortalecer la capacidad resolutive de los servicios y fomentar una mejor integración intersectorial (249).

El sistema de salud público se enfrenta a varios problemas históricos que impactan su funcionamiento. Por un lado, tiene un bajo financiamiento histórico que resulta insuficiente para cubrir las demandas de salud de la población; además, se reconoce que el modelo funciona de manera reactiva, más que preventivo. Finalmente, la transición epidemiológica propia de las sociedades

modernas genera cada vez más presión sobre el sistema para atender las prevalencias crecientes de enfermedades crónico degenerativas, lo cual se suma a indicadores alarmantes de mortalidad materna e infantil y desnutrición (252).

« SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD (SIS) DE GUATEMALA »

El **Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA)** de Guatemala es un componente estratégico para la formulación de políticas públicas, al proporcionar datos fundamentales para el monitoreo, evaluación y mejora de los servicios de salud (251). El **SIGSA**, creado en 1994, busca producir información de calidad, oportuna e integral sobre las diferentes áreas del **MSPAS** (244).

El **SIGSA** ejecuta el **Sistema de Registro en Salud**, que es el conjunto de documentos que registran las intervenciones médicas y paramédicas, a partir de las normas y los documentos operativos que guían la provisión de servicios (244). Sin embargo, se reconoce que el **SIGSA** aún tiene importantes retos para la recolección y análisis de la información, especialmente asociados a la cobertura de los servicios, el registro de las actividades y el monitoreo de la situación de salud de la población (244). Por ello, y en consonancia con la estrategia de **Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)**, el país ha iniciado importantes esfuerzos para definir, planificar y ejecutar la incorporación de tecnologías de la información en los sistemas gerenciales, incluyendo la prestación de servicios y la gestión de medicamentos e insumos (253).

En 2023, en el Marco de Arquitectura de salud Pública de Guatemala, se contempla la integración del **MSPAS** con el Instituto Guatemalteco de Migración para contar con información integrada sobre las personas extranjeras en el país (254). Además, aunque existen esfuerzos para integrar un sistema de información con participación de los servicios privados (255), no se documentaron lineamientos que indiquen el registro especial de las personas migrantes ni iniciativas que concreten esta integración.

« POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD PARA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN MIGRANTE EN GUATEMALA »

La política migratoria de Guatemala se basa en principios fundamentales como los derechos humanos, la igualdad, la no discriminación, la protección de la niñez y adolescencia, el enfoque de género, la unidad familiar, la solidaridad internacional, la no criminalización, la responsabilidad compartida, la migración segura y ordenada, la no devolución, la inclusión social, y el desarrollo sostenible e interculturalidad (256).

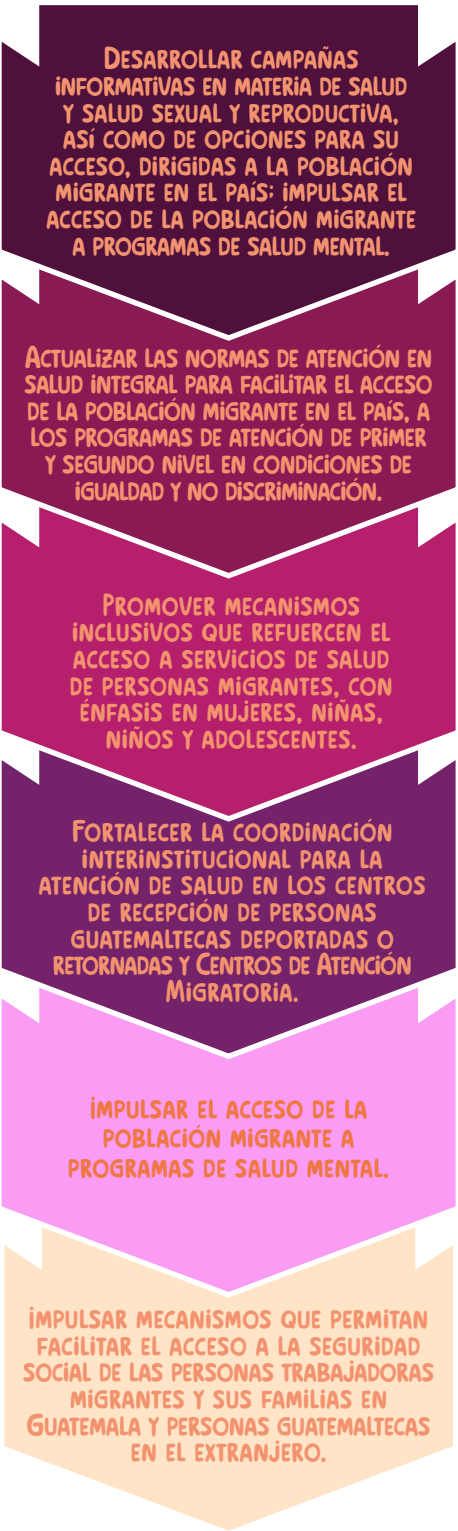
Reconociendo que Guatemala se ha convertido progresivamente no sólo en un país expulsor sino de tránsito y de retorno, la Autoridad migratoria contempla la aplicación de su política para migrantes nacionales, deportados/as, repatriados/as y personas en el exterior; y migrantes extranjeros/as en condición irregular y en tránsito por Guatemala. Dentro de esta población, además se reconocen las vulnerabilidades añadidas que enfrentan la población **LGBTIQ+**, mujeres embarazadas y lactantes, niños, niñas y adolescentes acompañados y no acompañados, víctimas de violencia sexual y de trata (256).

El documento se organiza en cuatro ejes: derechos humanos y personas en situación de vulnerabilidad; integración y reintegración sustentable; servicios migratorios, consultares y gestión integral de fronteras; y migración y desarrollo sostenible. El Eje 1 incluye garantizar el derecho a la salud de las personas migrantes en tránsito a través de servicios fijos y móviles; y asegurar la atención integral de **NNA** migrantes víctimas de violencia sexual, explotación, trata de personas y otros delitos, con especial énfasis en la salud. Sin embargo, no se especifica a qué servicios tienen acceso estas personas, ni los mecanismos para acceder a ellos, ni detalles sobre financiamiento o recursos destinados a su atención.

La línea estratégica 2.1 del eje 2, garantizar a las personas guatemaltecas retornadas, personas extranjeras asentadas en el país, solicitantes de refugio y refugiadas reconocidas, el acceso a la salud integral en el país. Para ello, considera varias acciones clave (figura 6):

Figura 14. Acciones de la línea estratégica para garantizar el acceso a la salud integral en Guatemala

Fuente: Autoridad Migratoria, 2023.



Para ejecutar estas acciones, la política considera el involucramiento de instituciones como el **MSPAS**, el Consejo de Atención y Protección (**CAP**) y el **Instituto Guatemalteco de Migración (IGM)**. Sin embargo, no se incluyen detalles adicionales de cómo se implementarán estas acciones.

El Código de Migración, reconoce el derecho a la salud, educación y trabajo de todas las personas migrantes sin importar su status legal en el país (257). La Política Pública de Protección y Atención a la Persona Migrante 2019-2032 reconoce el derecho a la salud como fundamental; sin embargo, no incluye estrategias específicas para garantizar su protección entre las personas migrantes en tránsito, irregulares o documentadas, y enfoca sus lineamientos en las personas trabajadoras migrantes y sus familias (258).

El Protocolo de Atención a Personas en **Flujos Migratorios Mixtos** contempla la atención integral a la salud de las personas migrantes en el contexto de una alerta migratoria. Para ello, se establece la atención de las personas migrantes según las normativas del **MSPAS**, considerando varias acciones, como la coordinación de la atención urgente según sea necesario; monitoreo de la situación de la población migrante en general; identificación de personas con enfermedades crónicas; apoyo a mujeres embarazadas y mujeres lactantes; y servicios de salud mental iniciales (259).

« POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN GUATEMALA »

La Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001) es la norma marco que orienta las políticas públicas en materia de salud reproductiva en Guatemala (260). Esta ley promueve la integración intersectorial —salud, educación, economía— con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población, especialmente de aquellos grupos en situación de vulnerabilidad económica, social o cultural. Entre sus principios rectores destacan la igualdad, equidad, libertad, centralidad de la familia, desarrollo y descentralización.

Tabla 10. Leyes que fundamentan los derechos de la Salud Sexual y Reproductiva en Guatemala

LEY / REGLAMENTO / MANUAL	CONTENIDO RELACIONADO CON SSR PARA MUJERES, NINAS Y POBLACION LGBTIQ+ MIGRANTE
Ley de Desarrollo Social (260)	• Reconoce la igualdad de derechos para la población migrante en tránsito, nacional y extranjera.
Ley para la Maternidad Saludable (262)	• Art. 3 indica que la equidad es uno de los principios rectores e incluye la prestación de servicios con especial atención a mujeres más vulnerables, como las migrantes.
Código de Migración (257)	• Establece que la falta de documentos no es impedimento para que las mujeres migrantes accedan a servicios de SSR.
Modelo de Atención Integral Dirigido a Personas Migrantes Adultas que han sido Víctimas de Violencia Sexual (263)	• Contempla a las mujeres y población LGBTQI+ migrantes como grupos prioritarios dada la alta vulnerabilidad que enfrentan, incluye medidas especiales para asegurar su protección, brindar atención integral y restablecer la dignidad de las personas migrantes sobrevivientes de VS.

Fuente: elaboración propia con información de los instrumentos citados.

La Ley de Desarrollo Social impulsa el desarrollo de la Política de Desarrollo Social y Población (**PDSP**) es un mandato de la Ley para generar estrategias y programas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población y reducir la pobreza, a partir de un enfoque integral que fortalezca la salud, educación y protección social (264). La **PDSP** contempla a la población migrante como central para la respuesta poblacional, tanto la población migrante del área rural a las zonas urbanas del país, como la migración en tránsito hacia EE. UU. de personas guatemaltecas y extranjeras. Además, un punto importante de la **PDSP** es que considera los perfiles particulares de las mujeres y **NNA** que permanecen en los lugares de origen y que obligan a respuestas organizadas que consideren sus vulnerabilidades añadidas.

Un elemento de gran relevancia en Guatemala es la Ley del Impuesto sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas Destiladas, Cervezas y otras Bebidas Fermentadas, que incluye en su artículo 25 que el 25% del impuesto a las bebidas alcohólicas, cerveza y fermentadas se destinará a programas de salud sexual y reproductiva, de planificación familiar y de alcoholismo formuladas por el **MSPAS** (265).

El Plan Nacional de Desarrollo de Guatemala incluye como prioridad logra la universalización de la salud sexual y reproductiva de la población en edad fértil, sustentándose en el autocuidado y el impulso de estilos de vida saludables. Para 2025, este plan incluía alcanzar una tasa global de fecundidad de 2 hijos por mujer y erradicar el embarazo adolescente entre menores de 16 años (266).

La legislación reconoce expresamente la necesidad de atender prioritariamente a poblaciones históricamente excluidas, tales como pueblos indígenas, mujeres, personas en situación de pobreza, niñas, niños y adolescentes en riesgo, personas mayores, personas con discapacidad y migrantes.

El artículo 13 del Código de Migración, indica que la atención de las necesidades de **SSR** entre mujeres migrantes es igual a la de cualquier persona guatemalteca, garantizando el acceso a servicios de **SSR** para las mujeres migrantes, incluso sin documentos de identificación. Esta medida es extensiva para los hijos/as de las mujeres migrantes, especialmente cuando se trata del manejo de infecciones. Asimismo, se establece que, en caso de que una mujer migrante declare haber sido víctima de violencia o agresión sexual al ingresar al país, el Estado guatemalteco deberá garantizar su derecho a no ser retornada a su país de origen y a recibir la atención médica correspondiente (257).

CONSEJERÍA Y ENTREGA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La **Ley de Acceso Universal y Equitativo a Servicios de Planificación Familiar**, es la piedra angular de la política de **SSR** del país (267). Esta Ley obliga al Estado a garantizar métodos anticonceptivos y consejería en todo el país. Además, incluye la creación de la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos, que es el mecanismo conformado por varias instituciones gubernamentales y encargado de velar por la disponibilidad de anticonceptivos a nivel nacional (268).

Aunque en años recientes se intentó modificar la Ley del Impuesto sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas Destiladas, Cervezas y otras Bebidas Fermentadas para que el destino de estos fondos fuera destinada a la atención de necesidades en el primer nivel de atención y la atención de pacientes crónicos, dicha propuesta de modificación no procedió debido a la relevancia que tiene el aseguramiento de anticonceptivos para el país y la relevancia de este impuesto para asegurar los fondos necesarios para el funcionamiento de los programas de planificación familiar (269). Sin embargo, a pesar de estas medidas que buscan garantizar la respuesta institucional a las necesidades anticonceptivas, el gobierno reconoce que el acceso a métodos anticonceptivos enfrenta varios retos, incluyendo las normas sociales y culturales sobre el rol de las mujeres, que dificulta la negociación de métodos en las parejas heterosexuales; además, la limitada oferta institucional y el limitado acceso a información integral sobre sexualidad (266).

Aunque la protección del acceso a anticonceptivos es robusta en el marco legislativo en Guatemala, persisten importantes barreras que impactan en las necesidades de **SSR** de las mujeres. Entre 2022 a 2025, el uso de anticonceptivos aumentó un 17,3%, especialmente entre mujeres con acceso a educación y de áreas urbanas, generando que permanezcan las desigualdades para mujeres en situaciones vulnerables (270).

SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES

Según datos del Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva, durante 2024, en Guatemala hubo 54,615 registros de nacimiento de madres adolescentes de 15 a 19 años, y 1,953 registros de niñas de 10 a 14 años durante 2024 (271). Para garantizar la provisión de anticonceptivos en todos los niveles de atención para la población de mujeres adolescentes de 15 a 19 años, el **MSPAS** emitió en 2018 la Guía Nacional de Anticoncepción para Adolescentes, dirigida al personal de salud en los hospitales, espacios amigables y clínicas de primer nivel sobre cómo asegurar el acceso en un marco de respeto a los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes. La guía además indica la disponibilidad de la **PAE** para las adolescentes que la soliciten (272).

Los **Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes** tienen como objetivo ser espacios de intercambio y convivencia para esta población, para la realización de actividades de promoción de la salud y atención integral, además de identificar factores de riesgo social y físico. Los espacios amigables pueden ser fijos, itinerantes o incluir centros interactivos, ubicados generalmente en espacios accesibles para la población diana y donde se desarrollen temas como educación integral en sexualidad, violencia sexual, **SSR** y otros (273). No se encontró información sobre el número de servicios amigables actual en Guatemala, sin embargo, un estudio documentó que su funcionamiento enfrenta grandes retos presupuestales, que impactan en su cobertura, lo que se suma a las barreras sociales y culturales en torno al acceso a información sobre **SSR** entre adolescentes (274).

Durante 2018 – 2022, en Guatemala operó el **Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes (PLANEA)**, una estrategia integral que aborda el embarazo adolescente como un tema de inequidad, desigualdad y género que impacta en el desarrollo del país. El objetivo era reducir en 5% el embarazo adolescente en el país, a partir de cuatro ejes estratégicos: educación y permanencia escolar; educación integral en sexualidad; servicios de salud diferenciados; y participación juvenil (275). Según una evaluación de impacto del **PLANEA** realizado en 2025, con la implementación del Plan se logró una reducción del 2% de embarazo de adolescentes de 15 a

19 años; sin embargo, persisten necesidades de anticoncepción insatisfechas entre esta población, lo que limita el alcance de estas estrategias (276). El PLANEA estuvo concebido para ejecutarse a nivel central, departamental y municipal con la colaboración de instituciones de salud, educación, gobierno y bienestar. Después de 2022, el PLANEA sigue actuando en Guatemala, aunque los documentos normativos no han sido actualizados.

ATENCIÓN PRENATAL, OBSTÉTRICA Y POSNATAL

Guatemala ha implementado diversas políticas públicas que buscan mejorar los indicadores de salud materna y neonatal, incluyendo a poblaciones históricamente vulneradas como las personas migrantes e indígenas. La Ley para la Maternidad Saludable (Decreto 32-2010), promulgada en 2010, es el mecanismo por el cual se crea un marco jurídico para implementar mecanismos que mejoren la salud y la calidad de vida de las mujeres y el recién nacido, mediante el acceso universal a servicios de calidad antes, durante y después del embarazo (262). El artículo 2 de dicha ley declara a la maternidad saludable como una prioridad nacional urgente y promueve la ejecución de acciones orientadas a reducir la mortalidad materna y neonatal, con énfasis en adolescentes, jóvenes, población rural, pueblos indígenas y personas migrantes. Además, el artículo 3 declara a las mujeres migrantes como una de las poblaciones prioritarias para atender en el marco de esta Ley.

El Plan Estratégico Nacional para la Reducción de Muerte Materna y Neonatal 2021 – 2025, es la respuesta institucional al panorama actual en el país. Aunque se han hecho importantes avances para reducir la muerte materna, existen aún importantes desafíos en torno al acceso a los servicios y elementos socioculturales que impactan en el control prenatal. El Plan busca organizar a diferentes sectores para reducir la mortalidad materna y neonatal hasta en 5%, a través de cuatro ejes estratégicos: acceso universal y equitativo a anticonceptivos; red de servicios de salud integrados con calidad, calidez y pertinencia cultural; recursos humanos calificados; y vigilancia epidemiológica (277).

Reconociendo la diversidad cultural del país, el MSPAS también ha impulsado iniciativas para integrar a los servicios de salud médicos a las comadronas tradicionales para fortalecer los servicios de SSR, incluyendo prevención de ITS, protocolos para el manejo de hemorragias obstétricas, lineamientos para el monitoreo de la calidad en la atención y orientaciones sobre salud reproductiva a lo largo del curso de vida. Estos esfuerzos se sintetizan en el Manual para capacitar comadronas en atención materno-neonatal (2016), que incluye contenidos sobre violencia contra la mujer, planificación familiar y atención neonatal (278).

ACCESO AL ABORTO

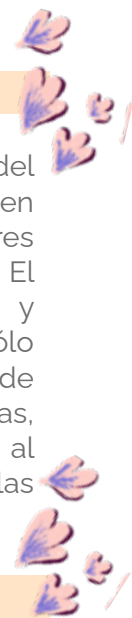
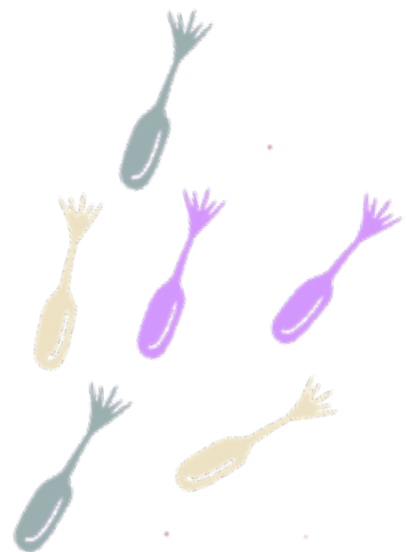
El marco legal guatemalteco en relación con la interrupción del embarazo es altamente restrictivo. El aborto está penalizado en el país, con penas de hasta tres años de prisión para las mujeres que lo realicen; y hasta 12 años a quien provoque el aborto. El Código Penal de Guatemala incluye algunas agravantes y condiciones punibles en los artículos 133 a 140. El aborto sólo está permitido cuando es terapéutico, en el caso de peligro de vida para la mujer y bajo condiciones estrictamente reguladas, que incluyen el dictamen de un personal médico diferente al que lo realice, donde se indique que se han agotado todas las opciones médicas disponibles (279).

ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL

En 2009, se decretó en Guatemala la Ley contra la violencia sexual, explotación y trata de personas, un pilar jurídico relevante en la lucha por una vida libre de violencia para las personas, especialmente las más vulnerables, en el país. La ley, orientada a prevenir, reprimir, sancionar y erradicar este tipo de violencia, consagra el principio de no discriminación por razones de género (artículo 2) y la obligación de considerar el enfoque de género en los procesos de atención a víctimas (artículo 9). Esta ley también indica la creación de la Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas, como la entidad responsable de diseñar e implementar estrategias con enfoque de género, y organizar el trabajo multisectorial para conseguir sus objetivos (280).

La Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas (SVET) es una instancia excepcional en su tipo en América Latina. Es la entidad responsable por velar el cumplimiento de la Ley contra VS, impulsando estrategias de protección a las personas sobrevivientes de estas agresiones y programas de educación y prevención de VS (281).

La Política Pública contra la Violencia Sexual 2019–2029 integra medidas intersectoriales para prevenir, atender y erradicar la VS en el país. Aunque reconoce que las mujeres y personas LGBTIQ+ migrantes enfrentan un riesgo exacerbado ante este tipo de agresiones, no incluye medidas adicionales para gestionar este riesgo (282). Sin embargo, la SVET ha desarrollado un Modelo de Atención Integral Dirigido a Personas Migrantes Adultas que han sido Víctimas de Violencia Sexual, el cual incorpora a las mujeres y población LGBTQI+ migrantes como grupos prioritarios dada la alta vulnerabilidad que enfrentan (263). El modelo contempla las mismas dinámicas establecidas en la Política Pública contra la Trata de Personas y Protección Integral a Víctimas, que también reconoce las diferentes dinámicas de trata que se exacerban en el contexto migratorio, especialmente el irregular (283). La atención



Aunque el marco jurídico en Guatemala, sustentado en la Constitución y el Código de Migración (Decreto 44-2016), garantiza el acceso universal a la salud y a servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) sin discriminación por estatus migratorio o falta de documentos, la realidad operativa enfrenta desafíos estructurales como la falta de financiamiento y la actuación con enfoques reactivos. A pesar de contar con una arquitectura institucional avanzada para la protección contra la violencia sexual, como la SVET, y el aseguramiento de anticonceptivos mediante impuestos específicos, persisten brechas críticas en la recolección de datos sistemáticos sobre población migrante en el sistema de información en salud de Guatemala (SIGSA), así como barreras socioculturales que limitan el alcance de los servicios en zonas rurales, manteniendo altos índices de mortalidad materna y una restricción casi absoluta del aborto que impacta desproporcionadamente a las mujeres y niñas migrantes.

establecida en el modelo incluye medidas de protección y de bienestar social, reconociendo que el restablecimiento de la dignidad de las personas sobrevivientes de estas agresiones es una medida clave para su bienestar. Además, contempla medidas para el monitoreo de la salud física y mental, y para la atención especializada y confidencial (263).

Aunque los formularios establecidos en el **Protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual**, del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) incluyen la categoría de migrante (284), se limita a personas trabajadoras agrícolas guatemaltecas. Esta falta de inclusión explícita de la población migrante resulta en una notoria carencia de datos sistematizados sobre violencia ejercida contra mujeres y personas LGBTQ+ en contextos migratorios (285).

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DEL CUELLO UTERINO

El Plan estratégico para la prevención y control de cáncer cervicouterino 2023-2030, establece las medidas de respuesta a la alta incidencia de cáncer cervicouterino en Guatemala, el primero que aqueja a esta población y la principal causa de muerte de las mujeres en el país. Uno de los principales retos que enfrenta la política de respuesta a esta enfermedad es la baja cobertura de los tamizajes en el país, así como el limitado alcance de las campañas de vacunación, especialmente en zonas rurales de Guatemala. Para responder a esta necesidad, se establece el trabajo coordinado entre instituciones públicas como el MSPAS y el IGSS, en colaboración con organizaciones como la Liga Nacional contra el Cáncer y la Asociación Pro-Bienestar de la Familia (APROFAM) y otras organizaciones privadas. La principal medida del Plan es fortalecer las actividades de tamizaje y extender el alcance de estas estrategias (286).

La Guía de atención integral para la prevención, detección y tratamiento de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino de 2020 es además el documento actual que brinda las disposiciones para atender estas lesiones, aunque es necesario su actualización en función del Plan 2023 – 2030 (287). Sin embargo, el Plan y la Guía carecen de disposiciones específicas dirigidas a la atención de personas migrantes.

« NECESIDADES DE SSR DE MUJERES Y PERSONAS LGBTIQ+ MIGRANTES EN GUATEMALA⁶ »

Guatemala enfrenta una situación compleja cuando se trata de los flujos migratorios, en los que confluyen solicitantes de asilo, personas en tránsito, personas que emigran del país y retornados (288). Sin embargo, la información disponible sobre las necesidades de SSR entre la población migrante en Guatemala es escasa. Así lo apunta también la coalición de organizaciones que forman parte de **Nosotras Lideramos**, quienes indican que a pesar de que el riesgo de vivir VBG y VS es alto, los datos disponibles sobre su magnitud entre las mujeres migrantes, por lo que el Estado tiene la obligación de documentar la situación que atraviesan las mujeres migrantes en el país (289).

Un estudio realizado en Petén, las mujeres migrantes en tránsito y con estatus de refugiadas señalaron a otras personas migrantes, la Policía Nacional Civil (PNC) y al Ejército Nacional como agresores sexuales. Sin embargo, no se cuenta con datos precisos debido a la ausencia de denuncias por temor a represalias. La atención a la salud es otro ámbito de desprotección en esta población, al enfrentar importantes desafíos administrativos para acceder a los servicios integrales de SSR. Las necesidades de anticoncepción son una de las más olvidadas para las mujeres, además de tratamiento para ITS y desafíos para garantizar la higiene, y la gestión menstrual (290).

Una investigación realizada por Plan International, describió cómo la VBG y la VS son motivo de migración y realidades que enfrentan durante el tránsito las adolescentes provenientes del Triángulo Norte de Centroamérica. En Guatemala, documentaron que en muchas ocasiones la VS es una forma de control para las redes de trata y explotación de personas, y para evitarla las adolescentes y niñas adoptan diferentes estrategias de ocultamiento; además para reducir los efectos a largo plazo de la VS en sus vidas, recurren al uso de anticonceptivos de larga duración. Aunque la ley garantiza la atención de SSR, en la práctica, las adolescentes enfrentan constantemente barreras administrativas y discriminación, que impiden que accedan a la atención necesaria. Finalmente, un punto de gran relevancia que documentó este estudio son las dificultades que representa el retorno para las adolescentes, al buscar reintegrarse a las

6 En el análisis de México, la documentación de necesidades de SSR entre mujeres migrantes y personas LGBTIQ+ se realizó por estados. Para el caso de Guatemala, la información se presenta por país, debido a la ausencia de datos a nivel local.

comunidades de origen después de haber enfrentado el peligro de la ruta migratoria y que sus proyectos de vida se vieran interrumpidos (291).

Según datos publicados en 2025 por OCHA, el 3.7% de las mujeres migrantes en Guatemala viajan embarazadas (288). Sin embargo, no se documentaron estrategias específicas para atender a esta población.

Un informe publicado por Cristosal en 2025 documentó que, durante el tránsito en Guatemala, las detenciones por parte de autoridades migratorias y de seguridad son comunes; y que las agresiones sexuales ejercidas por estos agentes son una forma de extorsionar a las mujeres migrantes, especialmente en retenes oficiales y no oficiales. Además, documentó redes de trata de personas con fines de explotación sexual, especialmente mujeres, y el estatus migratorio irregular exacerba este riesgo y dificulta el acceso a la justicia, por temor a la deportación (292).

La tabla 11 sintetiza las acciones realizadas por MdM en Guatemala.

Los datos sobre las consultas brindadas indican un crecimiento de la actividad en dos años. Al igual que en otros sitios, destaca que la gran mayoría de las personas que acceden a los servicios de SSR son mujeres mayores de 19 años. El condón masculino es el método anticonceptivo que más se entregó, aunque la mayoría de pacientes fueron mujeres. Respecto a la VS, Guatemala destaca como un importante punto de atención, aunque con el desafío del acceso a los servicios en la ventana de las 72 horas.



Tabla 11. Servicios de SSR provistos por MdM en Guatemala durante 2023 – 2024**

INDICADOR	2023	2024	TOTAL
Total de consultas de salud sexual y reproductiva proporcionadas*	196	518	714
Género			
Mujer	195	477	672
Hombre	1	37	38
Mujer trans	0	4	4
Edad			
<18 años	23	66	89
>18 años	173	452	625
Total de personas que recibieron consultas en actividades de salud sexual y reproductiva**	171	485	656
Género			
Mujer	170	449	619
Hombre	1	32	33
Mujer trans	-	4	4
Edad			
<18 años	17	64	81
>18 años	154	421	575
Número de consultas de consejería y otorgamiento de métodos anticonceptivos*	117	310	427
Género			
Mujer	-	-	-
Hombre	-	-	-
Desconocido	117	310	427
Edad			
<18 años	-	-	-
>18 años	-	-	-
Desconocido	117	310	427
Métodos anticonceptivos entregados**	-	328	328
Condón masculino	-	267	267
DIU/SIU	-	-	-
Inyectable	-	4	4
Implante	-	-	-
Condón femenino	-	-	-
Anticoncepción de emergencia	-	15	15
Orales combinado	-	42	42
Desconocido	-	-	-
Personas gestantes atendidas *	29	121	150
<18 años	2	17	19
>18 años	27	104	131

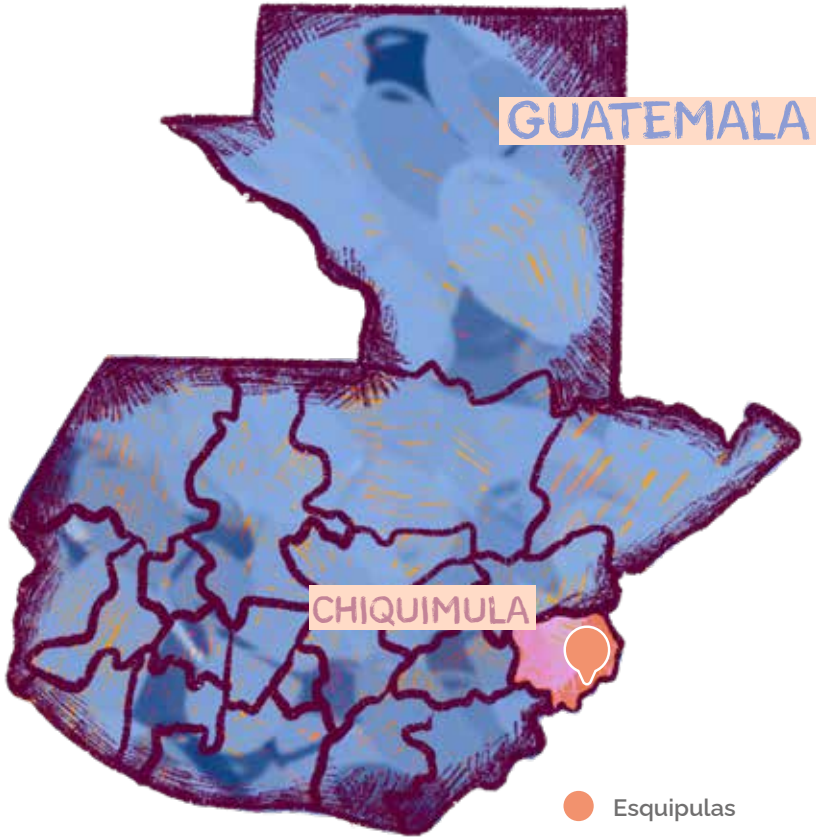
INDICADOR	2023	2024	TOTAL
Casos de violencia sexual atendidos *	58	340	398
Género			
Mujer	55	306	361
Hombre	3	28	31
Mujer trans	-	3	3
Hombre trans	-	3	3
Edad			
<18 años	18	76	94
>18 años	40	264	304
Tiempo transcurrido desde la agresión			
<72 h	2	28	30
>72 h	56	312	368

Fuente: elaboración propia con datos de MdM.

* En Guatemala no se realizan actividades de detección y manejo de cáncer cervicouterino, por lo que no se incluyen.
** Todas las atenciones fueron provistas por el área médica o de enfermería.
- No existen registros o la atención no se brinda dentro del paquete de servicios de MdM.



3.2.1 | CHIQUIMULA



« SISTEMA DE SALUD EN CHIQUIMULA »

Chiquimula, uno de los 22 departamentos de Guatemala, ubicado en el oriente del país, en la frontera con Honduras (293). Su carácter fronterizo le vuelve un importante punto para el tránsito de personas y, en años recientes, más personas provenientes de Honduras y El Salvador han decidido establecerse en las principales ciudades del departamento (294), obligando a respuestas institucionales que aseguren la integración (295). A la par, aunque las fuentes de empleo son diversas, en Chiquimula resultan cada vez más insuficientes, por lo que el Departamento es también expulsor de migrantes, trabajadores agrícolas a otros departamentos del país o personas de perfil diverso que migran hacia EE.UU. (293).

El departamento cuenta con una red de atención que incluye el Hospital Modular "Carlos Manuel Arana Osorio" ubicado en la cabecera departamental y municipal, además de un Centro de Salud tipo B y siete puestos sanitarios distribuidos en la zona urbana (293). Sin embargo, los recursos y la falta constante de insumos resultan insuficientes para atender las necesidades de la población, quienes hacen uso de la red de servicios privados disponibles en el departamento, lo que además representa un alto costo de bolsillo y excluye a las poblaciones más empobrecidas (293).

Chiquimula es uno de los departamentos fortalecidos en el marco del **Proyecto de Atención Primaria de Salud y Nutrición (296)**, ejecutado por la **OPS, OMS** y la **Unión Europea** para fortalecer el sistema de salud de Guatemala y, especialmente, incidir sobre los índices de desnutrición crónica entre **NNA** del país. En 2024, el proyecto hizo esfuerzos importantes para fortalecer la capacidad de respuesta del sistema y promover estilos de vida saludables en las unidades de salud y en la comunidad.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (**UNICEF**) alertó en 2023 sobre el aumento de núcleos familiares encabezados por mujeres migrantes en Esquipulas, Chiquimula, muchas de ellas sin acceso a servicios básicos de salud, agua o higiene menstrual. Estas condiciones estructurales representan un riesgo elevado para la salud sexual y reproductiva de mujeres, niñas y adolescentes, particularmente en contextos de violencia, extorsión y abandono institucional (297).

« POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN CHIQUIMULA »

En años anteriores, en el departamento de Chiquimula se desarrollaron diversas estrategias orientadas a fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente en el nivel primario de atención (298–301). Una de ellas, el Proyecto **Promoviendo los Derechos Sexuales y Reproductivos de Mujeres, Adultas, jóvenes y Adolescentes en Guatemala**, implementado por el Consorcio integrado por **OXFAM**, la Organización de **Mujeres Tierra Viva**, la Asociación **Mujeres en Solidaridad (AMES)** y la Asociación **Nuestra Voz**, tuvo el objetivo de fortalecer las capacidades de articular e implementar estrategias para la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos. En Chiquimula, el proyecto incluyó el uso de radio comunitaria para ampliar la cobertura de las iniciativas, y aunque se formaron varios espacios de intercambio, el impacto sobre la provisión de servicios y el fortalecimiento de las capacidades es incierto (300). No se documentaron políticas o iniciativas en torno a la **SSR** diferentes a aquellas a nivel nacional.

CONSEJERÍA Y ENTREGA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La provisión de servicios se hace según los lineamientos nacionales. No se encontró información específica sobre este ámbito para Chiquimula.

SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES

Un diagnóstico realizado en 2017 ponía en relieve la necesidad de fortalecer los programas de educación integral en sexualidad en los niveles educativos básicos de Chiquimula (302).

Según datos del **Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva**, durante 2024, en Chiquimula hubo 1,869 nacimientos de niñas y adolescentes durante 2024 (271). Un estudio documentó que las adolescentes madres en este Departamento tienen niveles educativos inferiores al básico, y sin acceso a educación en sexualidad, lo que impacta en cómo se gestiona el embarazo pero más aun contribuye a perpetuar ciclos de pobreza y vulnerabilidad entre esta población (303).

En un estudio realizado por **UNFPA** y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (**FLACSO**) Guatemala durante 2025 en Chiquimula se documentó cómo la migración es un factor que incide en los matrimonios y uniones infantiles forzadas, al enmarcarse en una dinámica transaccional arraigada a nociones sociales y culturales sobre las niñas y adolescentes, que resulta en la naturalización de "dar" a niñas a hombres migrantes retornados, después de que ellos han enviado remesas a las familias (304).

En Chiquimula no se encontraron estrategias enfocadas en la población adolescente diferentes a las incluidas en los planes nacionales.

ATENCIÓN PRENATAL, OBSTÉTRICA Y POSNATAL

Chiquimula era, en 2020, el 5° departamento del país con la más alta razón de muerte materna (**RMM**) por cada 100 mil nacidos vivos, con una **RMM** de 131, significativamente más alta que la del país (99); para 2021, descendió al 13° lugar, por debajo de la **RMM** del país (101 sobre 122) (305). En la búsqueda, se encontró un plan para uno de los municipios de Chiquimula, Camotán, enfocado en reducir la mortalidad materna y neonatal a partir de diversas estrategias en los servicios de salud y los hogares (301). No se encontraron otros documentos sobre planes, iniciativas o estrategias diferentes a los que se ejecutan a nivel nacional.

ACCESO AL ABORTO

Al igual que en el resto del país, el aborto está penado judicialmente en Chiquimula, con excepción del aborto terapéutico.

ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL

La provisión de servicios se hace según los lineamientos nacionales. No se encontró información pública disponible sobre este ámbito para Chiquimula.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DEL CUELLO UTERINO

La provisión de servicios se hace según los lineamientos nacionales. No se encontró información específica sobre este ámbito para Chiquimula.



« SERVICIOS PÚBLICOS DE SSR A NIVEL LOCAL »

ESQUIPULAS

Esquipulas, en el departamento de Chiquimula, es un punto estratégico en la red sanitaria guatemalteca debido a su ubicación fronteriza y el perfil migratorio de la ciudad, que la convierte en un importante punto de tránsito y destino (306). Por este perfil, la atención sanitaria en esta localidad responde a un enfoque interinstitucional coordinado que incluye organismos de la ONU, agencias multilaterales, organizaciones sociales y no gubernamentales que proveen un abanico de servicios que incluye salud, protección, justicia, apoyo psicosocial y legal. Esta respuesta es descentralizada y multisectorial, que opera a través de una Mesa Técnica de Protección a Migrantes y Refugiados (307). En materia de infraestructura de salud, en Esquipulas hay un centro de salud, cuatro puestos y 17 centros comunitarios (293).

Tabla 12. Servicios de SSR para atender las necesidades de la población migrante en Esquipulas.

ORGANIZACIÓN / INSTITUCIÓN	POBLACIÓN	SERVICIOS
SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE NECESIDADES DE SSR		
· Instituciones públicas ·		
• Procuraduría General de la Nación	Población en general, incluyendo personas migrantes	• Apoyo psicosocial y jurídico a adolescentes migrantes, derivando a las personas afectadas hacia servicios especializados en salud sexual y reproductiva cuando es necesario.
· Organizaciones de la sociedad civil, no gubernamentales y otras ·		
• Médicos del Mundo (MdM)	Población en movilidad	• Atención médica y salud mental.
• Médicos Sin Fronteras (MSF)		• Atención médica y salud mental..
• Save the Children, Cruz Roja y Casa del Migrante		• Servicios psicosociales, legales y de refugio como parte del grupo humanitario dirigido por ACNUR e Instituto Guatemalteco de Migración.
• Acción contra el Hambre		• Atención médica y psicológica a personas en movilidad, víctimas y/o sobrevivientes de diversos tipos de violencia.
• Inter-Sector Rapid Assessment & Insight Development (ISRAID)		• Intervenciones de Salud Mental y Apoyo Psico-social (SMAPS).
• Ayuda en Acción – APS / OIM		• Nutrición y protección.

Fuente: elaboración propia con datos de MdM.

Médicos del Mundo inició con servicios atención primaria en salud a la Casa del Migrante San José desde noviembre 2022 y a partir de 2023, a través de una unidad móvil brindando atención médica primaria, salud mental y servicios específicos de SSR en Esquipulas.

Tabla 13. Servicios de **SSR** provistos por **MdM** en Esquipulas durante 2023 – 2024**

INDICADOR	2023	2024	TOTAL
Total de consultas de salud sexual y reproductiva dadas	99	198	297
Género			
Mujer	90	188	278
Hombre	9	9	18
Mujer Trans	-	1	1
Edad			
<18 años	8	16	24
>18 años	91	182	273
Total de personas que recibieron consultas en actividades de salud sexual y reproductiva*	99	196	295
Género			
Mujer	90	186	276
Hombre	9	9	18
Mujer Trans	-	1	1
Edad			
<18 años	8	16	24
>18 años	91	180	271
Número de consultas de consejería y otorgamiento de métodos anticonceptivos*	59	118	117
Género			
Mujer	-	-	-
Hombre	-	-	-
Desconocido	59	118	117
Edad			
<18 años	-	-	-
>18 años	-	-	-
Desconocido	59	118	117
Métodos anticonceptivos entregados**	0	328	328
Condón masculino	-	-	-
DIU/SIU	-	-	-
Inyectable	-	-	-
Implante	-	-	-
Condón femenino	-	-	-
Anticoncepción de emergencia	-	-	-
Orales combinado	-	-	-
Desconocido	-	-	-
Personas gestantes atendidas*	15	69	84
<18 años	-	6	6
>18 años	15	63	78

INDICADOR	2023	2024	TOTAL
Casos de violencia sexual atendidos*	4	19	23
Género			
Mujer	3	17	20
Hombre	1	1	2
Mujer trans	0	1	1
Edad			
<18 años	2	4	6
>18 años	2	15	17
Tiempo transcurrido desde la agresión			
<72 h	-	8	8
>72 h	4	11	15

Fuente: elaboración propia con datos de MdM.

* En Esquipulas no se realizan actividades de detección y manejo de cáncer cervicouterino, por lo que no se incluyen.

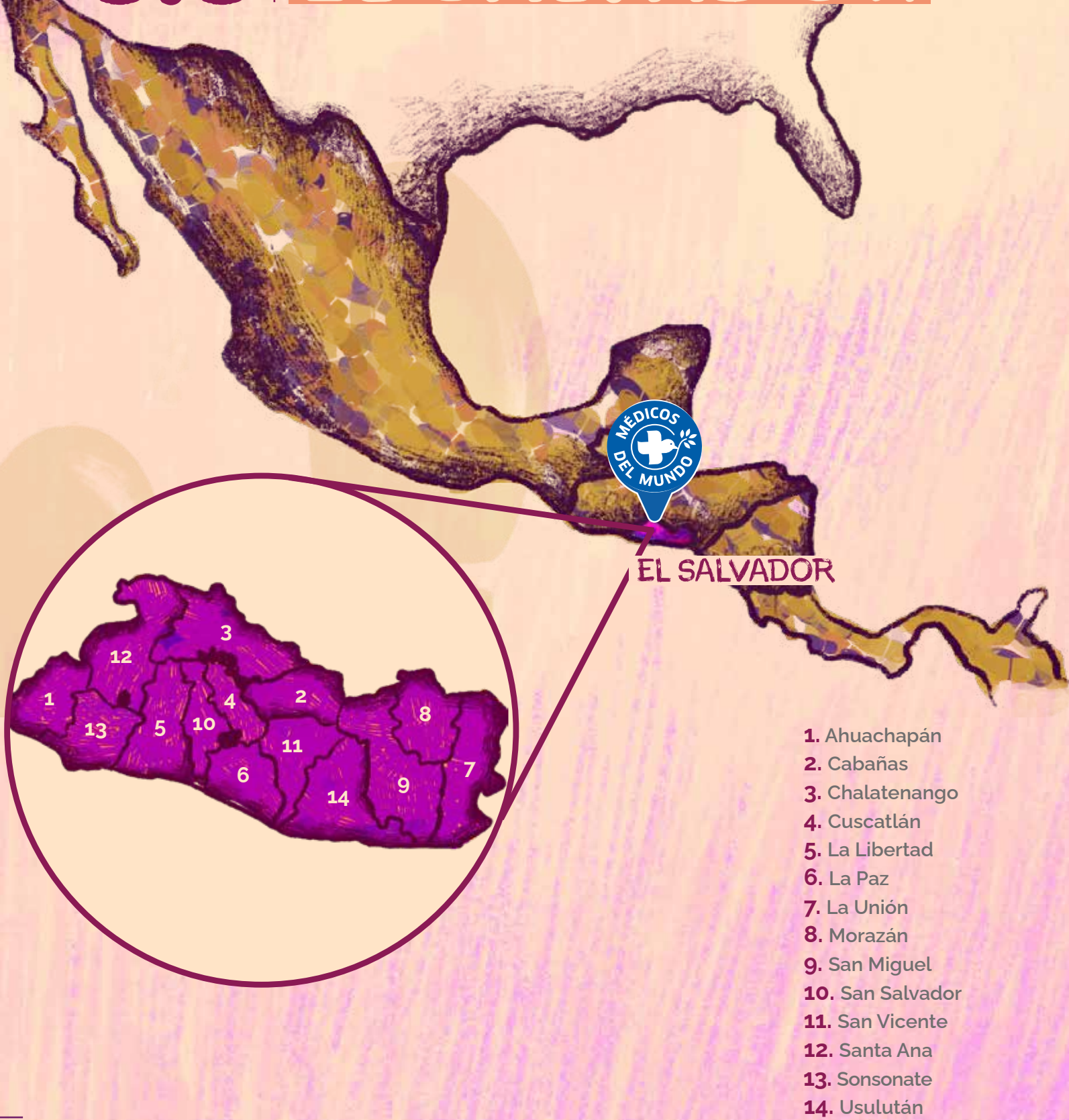
** Todas las atenciones fueron provistas por el área médica o de enfermería.

- No existen registros o la atención no se brinda dentro del paquete de servicios de MdM.

En contraste con los datos reportados en las atenciones en Guatemala, en Esquipulas hay una mayor carga de consultas de **VS**, probablemente por ser el primer punto de contacto en el país en el que las mujeres buscan atención. La ausencia de datos detallados sobre métodos anticonceptivos es un importante desafío, que impide conocer con mayor profundidad las necesidades manifestadas por las personas que recibieron servicios de **SSR**.



3.3 | EL SALVADOR



« SISTEMA DE SALUD EN EL SALVADOR »

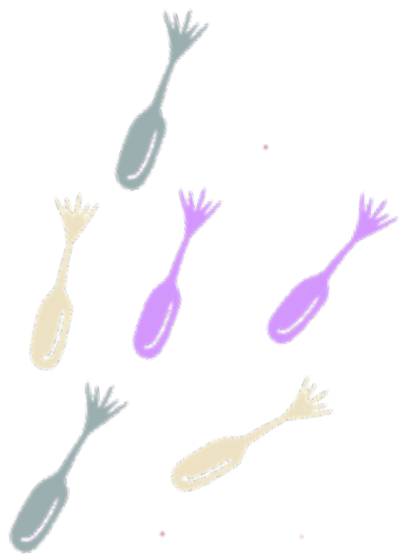
En El Salvador, la salud es considerada un bien público tutelado constitucionalmente, como lo establece el artículo 65 de la Constitución de la República (308). La Constitución también indica que el Estado y las personas velará por su conservación, a partir de la política nacional de salud; especialmente como lo establece el artículo 66, donde se indica la gratuidad de la asistencia para quienes carezcan de recursos.

El sistema de salud en El Salvador se compone de tres sectores principales: público, privado y social, cada uno con un carácter complementario en la prestación de servicios sanitarios. El financiamiento proviene de diversas fuentes públicas, privadas y externas, según el ámbito del que se trate (309).

Figura 1. Sistema de Salud en El Salvador

ÓRGANO RECTOR	Ministerio de Salud (MINSAL)					
SECTOR	Sector público			Sector privado		
BENEFICIARIOS	Población sin seguridad social	Población con seguridad social		Población con capacidad de pago	Población sin acceso a servicios de salud	
	Trabajadores del sector informal, desempleados y personas en situación de pobreza	Personas con cobertura de protección				
PROVEEDORES Y GESTORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Hospitales, centros de salud y SIBASI del MINSAL	ISS	Bienestar magisterial	Sanidad Militar	Prestadores privados de lucro	Servicios de ONGs y servicios informales

Fuente: elaboración propia con datos de Acosta et al., 2011



El Ministerio de Salud Pública y de Asistencia Social cambió su denominación a Ministerio de Salud (**MINSAL**) en 2011, y es la entidad rectora del sistema de salud del país (310). El sistema se rige bajo el **Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)**, cuyo objetivo es eliminar la fragmentación entre las instituciones que prestan servicios de salud para garantizar el acceso y cobertura universal (311).

El Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), es una entidad parte del **SNIS**, enfocada en garantizar el aumento de la cobertura para garantizar el acceso universal a la salud (312). **El FOSALUD** fue creado en 2004, se sustenta de impuestos de productos considerados como nocivos para la salud, como bebidas alcohólicas, tabaco y armas de fuego (313). **El FOSALUD** tiene como objetivo ejecutar programas integrales dirigidos a las poblaciones más vulnerables del país, incluyendo mujeres e infancias.

El **MINSAL** es el responsable de formular políticas, regular y supervisar el sistema de salud a nivel nacional. Concentra su atención principalmente en las zonas rurales y en la población con menores ingresos (309), coordinando una red de unidades comunitarias y centros de salud que facilitan el acceso equitativo a servicios básicos. Su financiamiento proviene primordialmente del presupuesto general gestionado por el Ministerio de Hacienda, complementado por la cooperación internacional —tanto bilateral como multilateral—, cuyos recursos permiten subvencionar déficits presupuestarios y ejecutar proyectos específicos de salud.

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (**ISSS**) es una institución de seguridad social (314), que se financia mediante cotizaciones tripartitas (trabajador, empleador y Estado) y proporciona cobertura en atención primaria, secundaria y terciaria a trabajadores formales y sus dependientes (309), mediante una red propia de centros y hospitales (315)

El sector privado concentra una red de hospitales, clínicas y profesionales independientes. Aunque está sujeto a la normativa regulatoria, este sector no presenta el mismo nivel de supervisión que el público (309). Su financiamiento proviene de pagos directos y seguros médicos privados (309), lo que fortalece el sistema de desigualdades en el acceso a servicios de salud.

El sistema sanitario salvadoreño opera bajo un modelo descentralizado y de forma jerárquica, desde la atención primaria hasta la atención terciaria con servicios de alto nivel y complejidad (311). El Modelo de Atención Integral con enfoque de salud familiar es el eje fundamental del **SNIS**, y se centra en

la persona y la familia para implementar acciones preventivas, de promoción y educación de salud. La Atención Primaria de Salud Integral (**APSI**) es el servicio de primer contacto, se enfoca en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el tratamiento de afecciones comunes (316). La atención secundaria es aquella que se recibe en hospitales y clínicas regionales con atención especializada y cirugías de complejidad moderada, ubicadas en cabeceras departamentales o zonas urbanas (317). La atención terciaria incluye hospitales nacionales de alta especialidad, como el Hospital Nacional de la Mujer y el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, que atienden enfermedades complejas, intervenciones quirúrgicas avanzadas y tratamientos de alto costo (318).

« SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD (SIS) DE EL SALVADOR »

El Sistema Único de Información en Salud (SUIS) es la herramienta que informa la toma de decisiones a partir de la consolidación de los datos de salud que generan las instituciones públicas y privadas (311). El Sistema Integrado de Salud (**SIS**) es un componente del **SUIS** orientado a la transformación digital que busca agilizar los procesos de prestación de servicios a partir del registro de datos estructurados en el expediente clínico electrónico (319). Mediante la interconexión de hospitales y unidades de salud, esta estrategia agiliza los procesos de atención en todas sus etapas (320).

En paralelo, la Dirección de Tecnologías de la Información y Comunicación (**DTIC**) del Ministerio de Salud lidera el diseño y fortalecimiento de esta infraestructura, que abarca desde plataformas informáticas hasta sistemas de vigilancia epidemiológica (321). En este marco, el lanzamiento en 2024 del Sistema Integrado de Servicios Médicos de Emergencia (**SISMED911**) contribuyó a la construcción de un sistema de interoperabilidad que optimiza la gestión prehospitalaria incluso en zonas sin conectividad (322). Asimismo, la adopción de herramientas como la aplicación e-BlueInfo pone a disposición literatura científica y protocolos clínicos que ayudan a reducir las brechas de información entre los profesionales del sector (323).

Según datos del **MINSAL**, entre 2019 a 2021, se realizaron 5,245 atenciones de salud a población migrante retornada; y entre 2015 a 2019, se realizaron más de 200,000 atenciones ambulatorias a personas extranjeras, más de 65,000 atenciones de consulta externa y se atendieron casi 5,000 partos (324). Sin embargo,

estos datos son inciertos, dado que los sistemas de registro en las estructuras sanitarias no desglosan información específica sobre el estatus migratorio de las personas, como lo documentó un estudio realizado en 2022 sobre los sistemas de información en salud de El Salvador (325). Esta es una limitante grave para comprender las necesidades de la población migrante, especialmente en lo relativo a la implementación de políticas y estrategias específicas y sus alcances (326).

« POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD PARA ATENCIÓN A LA POBLACION MIGRANTE EN EL SALVADOR »

El Salvador se ha consolidado históricamente como un país de origen, tránsito y destino de los flujos migratorios hacia Estados Unidos (EE. UU.) (327). Este carácter dinámico impone desafíos significativos para el sistema sanitario, que debe responder a las necesidades tanto de las poblaciones en movilidad como de aquellas con permanencia temporal y, desde años recientes, al creciente número de personas retornadas que vuelven al país.

Aunque el artículo 65 de la Constitución de la República declara la salud como un bien público (308) y la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud, establece el derecho a la atención sin discriminación de ninguna índole (328); ninguna de las leyes complementarias en materia de salud reconoce derechos o acciones afirmativas para garantizar el acceso a la salud para la población migrante extranjera. (329). Lo mismo se documentó en un estudio realizado en 2023, no existen acciones de promoción, educación o acceso a los servicios de salud que incluyan estrategias concretas para garantizar la atención de esta población vulnerable (325).

En 2014, el gobierno de El Salvador indicó en un informe a la **ONU** que ha implementado diversas acciones para la protección de las personas migrantes, incluyendo a la niñez, como la atención médica sin exclusión y diversas campañas contra la trata de personas en la migración (330). Sin embargo, la **ONU** y la **CIDH** han expresado su abierta preocupación por la ausencia de un marco jurídico contra la discriminación de poblaciones vulnerables, incluyendo las migrantes, y sus implicaciones para la salud (331,332).

El marco normativo y operativo reconoce la necesidad de la protección a la salud de las personas migrantes desplazadas internas y retornadas. La ley indica que los prestadores de servicios de salud tienen la obligación de brindar atención a las personas en situación de desplazamiento, y no se debe promover el retorno sin garantizar la protección de este derecho (333). Sobre la atención a migrantes retornados, El Salvador cuenta con el Instituto Salvadoreño del Migrante (**INSAMI**), una instancia gubernamental enfocada en implementar estrategias para la dignidad, protección y reinserción de la población retornada. El **INSAMI** gestiona la Clínica Integral de Atención a Retornados, que tiene el objetivo de brindar atención a la salud física y mental de los retornados, deportados y desplazados por violencia (334); además de ejecutar acciones para la salud de las personas de la mano de otras organizaciones, como **MdM** (335).

Diversas organizaciones sociales —tanto nacionales como internacionales— colaboran en la provisión de servicios médicos gratuitos, especialmente en zonas fronterizas y rutas migratorias. Estas entidades participan en campañas de vacunación, brigadas médicas y provisión de insumos básicos de salud. En particular, la Organización Internacional para las Migraciones (**OIM**) se enfoca en proporcionar asistencia humanitaria, salud mental, atención médica básica, así como en desarrollar programas de capacitación para personal de salud orientados a garantizar una atención sin discriminación (336).

Otros organismos como la **OMS**, el **Banco Mundial**, y agencias bilaterales como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (**USAID**) han brindado apoyo técnico y financiero en áreas prioritarias como la salud materno-infantil, el control de enfermedades infecciosas y el fortalecimiento de la red pública de salud para garantizar la atención de estas poblaciones (336).

« POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL SALVADOR »

El Salvador cuenta con un marco normativo amplio en materia de salud reproductiva y **VBG** el cual se articula a través de lineamientos técnicos y políticas institucionales enfocados en la población nacional (337). La Política de Salud Sexual y Reproductiva del país reconoce las necesidades diferenciales entre géneros y a lo largo de la vida, desde la niñez hasta la adultez (338). Según lo establecido en la Política, el enfoque de

género es transversal en cualquier estrategia de atención, al igual que el enfoque de derechos humanos. En el plano legislativo, **la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación Contra las Mujeres (LIE)** reconoce, en su artículo 26, la salud sexual y reproductiva como un derecho fundamental, por lo que establece como obligación del Estado garantizar el acceso igualitario a la información, servicios de prevención y atención integral en salud (339).

Destaca que el único instrumento documentado que habla de acciones enfocadas en población móvil son los Lineamientos técnicos para la Prevención del **VIH** en Poblaciones Móviles (2024), que indican la importancia de garantizar acciones de prevención combinada que conjunta evidencias biomédicas, estructurales, comportamentales y de derechos, para frenar la transmisión de las infecciones del **VIH** y otras **ITS**, mediante el acceso gratuito a los medicamentos antirretrovirales de manera profiláctica a personas negativas al **VIH** (previa a una práctica sexual de riesgo), el uso de condones y lubricantes, y la atención integral sin estigma (340).

CONSEJERÍA Y ENTREGA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los Lineamientos Técnicos para la Provisión de Condones Masculinos, Femeninos y Lubricantes (2024) (341) y los Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de planificación familiar (2026) (342) son los documentos de referencia para la entrega de métodos anticonceptivos en el país. Según estos documentos, la provisión de estos servicios tiene un enfoque familiar y comunitario, para promover las decisiones reproductivas de manera libre e informada. Los métodos que se ofertan en los servicios de salud incluyen temporales y permanentes, sin ninguna restricción de edad más que las recomendadas por los proveedores. Las políticas de anticoncepción no incluyen estrategias explícitas para atender a las mujeres migrantes.

Aunque la creación reciente de lineamientos para este tipo de servicios es muestra de una tendencia de mejora en el avance de la anticoncepción, El Salvador aun enfrenta desafíos en torno a la sensibilización de los funcionarios y prestadores de servicios para garantizar el acceso a estos recursos. Ello se suma a la deficiente educación integral en sexualidad, que se suma a las barreras de acceso institucionales y contribuyen a que las brechas en materia de anticoncepción prevalezcan (343,344).

En materia de anticoncepción, destaca la experiencia de El Salvador con la **PAE**. Aunque los Lineamientos incluyen la obligación del personal de salud de ofrecer la **PAE** siempre que la mujer la solicite, sin requisito alguno (342), la información sobre su disponibilidad es limitada, en ocasiones errónea y asociada al aborto por las nociones conservadoras sobre su uso (345).

SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES

Aunque el país se ha sumado a la lista de países con baja fecundidad con relativa rapidez (346), el panorama para las adolescentes en El Salvador es desalentador. Según datos de Medicus Mundi Sur, la mitad de las uniones tempranas en adolescentes son forzadas, contexto en el que las adolescentes son vistas como un activo sin derechos ni autonomía (345).

El Salvador tiene un nivel de fecundidad adolescente por encima del valor de Latinoamérica; sin embargo, en 2024, registró 7,900 embarazos en adolescentes de 10 a 19 años. Si bien la cifra se ha reducido en comparación con los 24,944 casos que se registraron en 2015 aún sigue siendo un problema que tiene lugar en la agenda gubernamental en temas de salud (346). Además, existen diversos factores económicos, sociales y culturales que impactan en las uniones tempranas de las y los adolescentes y, por ende, en los embarazos en esta etapa de la vida (346). Por ello, las estrategias para incidir sobre estos procesos deben ser multisectoriales e involucrar a las comunidades.

La Estrategia para la provisión de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (**SSAAJ**) tiene el objetivo de atender la prevención, identificar factores de riesgo, y fortalecer el conocimiento para incidir de manera positiva en la salud y prevenir el embarazo adolescente (347). La **SSAAJ** incluye la provisión de servicios amigables en los establecimientos de salud a partir de tres esquemas: servicios exclusivos, áreas o consultas diferenciadas, según las necesidades de la población diana del establecimiento de salud y sus capacidades instaladas (348). Los servicios amigables incluyen estrategias extramuros, como intervenciones comunitarias y familiares (347,348).

Además del **MINSAL**, otras organizaciones han enfocado sus estrategias para fortalecer los servicios amigables para adolescentes, reconociendo que atender a esta población es clave para mejorar la salud de la población en general. Por ejemplo, Plan Internacional ha creado estrategias que faciliten la provisión de servicios adaptados para esta población, a partir de fortalecer las competencias del personal de salud (349).



Un análisis de la educación integral en sexualidad (EIS) en El Salvador documentó que se enfrentan numerosas barreras, relativas a las nociones culturales conservadoras, falta de voluntad política y poca accesibilidad a los servicios que atenta contra los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes, a pesar de este marco operativo robusto (344). Aunque los jóvenes y adolescentes tienen una percepción positiva sobre los servicios que se proporcionan en las unidades de salud, y los ven como espacios de atención integral y diferencial, cuentan con barreras que interfieren en el acceso, oportunidad y aceptabilidad debido a la falta de difusión sobre la existencia de estos servicios que se encuentran disponibles y a nociones socioculturales sobre el cuidado de la SSR (350).

ATENCIÓN PRENATAL, OBSTÉTRICA Y POSNATAL

Desde 2019, El Salvador redobló sus esfuerzos para fortalecer sus políticas de inicio de la vida (351). Las bases de este fortalecimiento se encuentran en dos documentos que han sido pilares en la orientación de las normas que guían la atención prenatal, obstétrica y posnatal: la Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido (352) y los Protocolos de atención de la mujer durante el periodo prenatal, parto, puerperio y del recién nacido (353).

La Ley **Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido**, implementada en 2022, garantiza la protección de la mujer en el periodo del embarazo, parto y puerperio, así como de las niñas y niños desde la gestación, durante el nacimiento y la etapa de recién nacido, establece la atención integral, calidad en la atención, y cuidado cariñoso y sensible (352). Para operar, la Ley cuenta con una serie de protocolos de asistencia en el primer nivel de atención, que buscan dar atención integral en todas las etapas: preconcepcional, prenatal, durante el parto, post parto, lactancia materna y la atención a los infantes de menos de 28 días (353).

El Modelo Maternidades Nacer con Cariño, es la respuesta institucional del MINSAL para des-medicalizar el proceso de gestación y parto, para promover maternidades seguras y centradas en la familia, para brindar atención sin discriminación, con sensibilidad cultural y desde un enfoque de derechos humanos para aprovechar las oportunidades que brinda el posparto para asegurar la salud del infante en el futuro (354). El Modelo está concebido para actuar en las unidades de atención de todos los niveles e incluye acciones para el cambio de cultura organizacional, fortalecimiento del control prenatal, y respeto a las decisiones de la madre.

Uno de los programas destacados del FOSALUD es la **Unidad de Atención Integral Materno, Perinatal e Infantil**, que se enfoca

en actividades de educación y atención, para mejorar el acceso y calidad de atención entre mujeres embarazadas, en posparto y la primera infancia. Para ello, cuenta con tres establecimientos principales: los Centros de Espera Materna, que buscan reducir la morbilidad, ubicados en todos los departamentos del país, y brindan hospedaje, alimentación y traslado a las mujeres embarazadas; el Centro Integral de Atención Materno Infantil y de Nutrición (CIAMIN), ubicado en Sonsonate para reducir la brecha de acceso a servicios; y los centros enfocados en lactancia materna, para recolección y banco (355).

ACCESO AL ABORTO SEGURO

Entre 1978 y 1997, El Salvador, el aborto estaba despenalizado por tres causales: violación, inviabilidad fetal y emergencias obstétricas que pusieran en peligro la vida de la mujer o el producto (337). Sin embargo, durante la década de los noventa, movimientos conservadores y anti-derechos cobraron fuerza en el país para impulsar el cambio en las políticas que derivó en la penalización del aborto (356–358).

En 1998, este retroceso se materializó en la penalización del aborto, con la enmienda de 1999 que reconoce a un embrión como un ser humano desde la concepción. El artículo 133 del Código Penal vigente establece penas de 2 a 8 años para las mujeres, y de 5 a 12 años para los médicos que la realicen; en casos de agravamiento las condenas pueden ser de 30 a 50 años (359). Las restricciones afectan con mayor fuerza a las mujeres jóvenes, pobres, con poca educación, del ámbito rural y que, en general, enfrentan vulnerabilidades añadidas que se ven exacerbadas por la persecución del Estado (357).

Diversas organizaciones han llamado la atención sobre las severas consecuencias que tiene la penalización del aborto, la persecución y la criminalización de las mujeres (357,360). La criminalización de las emergencias obstétricas ha derivado en detenciones arbitrarias y diversas vulneraciones a los derechos humanos de las mujeres (337). Entre 1998 y 2019, al menos 181 mujeres fueron procesadas por abortos o emergencias obstétricas, con largas sentencias tipificadas como homicidio agravado basadas en pruebas mínimas (361).

Para 2020, dos casos en contra del Estado de El Salvador habían sido admitidos ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), los cuales contribuyen a visibilizar el impacto de las políticas criminalizantes sobre el aborto (357). Uno es el caso de Beatriz, una mujer con lupus eritematoso sistémico, a quien se le negó el acceso al aborto después de descubrir que estaba embarazada en 2013, a pesar de que el producto era inviable y su propia vida corría riesgo de continuar el embarazo

(356). A Beatriz se le practicó una cesárea a las 27 semanas de gestación; y murió en 2017 después de un accidente automovilístico. La **CIDH** emitió una sentencia en 2024, reconociendo que el Estado violó el derecho a la integridad, la vida privada y la salud de Beatriz, y ordenó medidas de rehabilitación, satisfacción, garantías de no repetición e indemnizaciones a los familiares de Beatriz (362,363).

El segundo es el caso de Manuela, quien fue criminalizada tras recibir atención médica por una emergencia obstétrica. En 2008, Manuela sufrió una caída que le generó daños en la región pélvica y sangrado vaginal. Al acudir al Hospital, el personal médico consideró que el motivo de la consulta era un aborto e informó a la Fiscalía. En agosto de 2008, fue sentenciada a 30 años de prisión por homicidio culposo agravado; y murió en 2010 en prisión mientras cumplía la sentencia, después de haber sido diagnosticada con linfoma de Hodgkin (364). A Manuela le sobreviven dos hijos, que siguen viviendo las consecuencias de la persecución estatal y la discriminación social generadas por la prohibición irrestricta del aborto en El Salvador (360). La **CIDH** emitió una sentencia en 2021 en la cual indica al Estado tomar medidas de rehabilitación, garantías de no repetición e indemnizar a la familia de Manuela (365).

La lucha contra la criminalización y por la despenalización del aborto en El Salvador enfrentó una nueva amenaza con la Ley de Agentes Extranjeros, que indica el registro de organizaciones que reciben financiación internacional, haciéndolas acreedoras de un impuesto del 30% (366). **La Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto** fue una **ONG** nacional que enarboló la lucha por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres salvadoreñas, así como la defensa de mujeres procesadas por aborto (358). Tras 20 años de actividades, y después de la aprobación de la Ley de Agentes Extranjeros, se disolvió tras acusar un clima político incompatible con su labor por la lucha de los derechos sexuales y reproductivos en El Salvador (367).

ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL

Según datos de Ipas Centroamérica, tan solo en 2019 se reconocieron 2,894 casos de violencia sexual en el país, el 75% de ellos en niñas y adolescentes menores de 17 años (360). **UNFPA** informó que, para 2019, el 64.3% de las mujeres de 15 años o más habían vivido un hecho de violencia sexual en su vida, y muchas de ellas lo han experimentado más de una vez (368).

Para responder a estos altos números de violencia sexual, El Salvador ha reforzado la atención en las instituciones públicas en la implementación de políticas y estrategias para prevenir la violencia basada en género y el femicidio, la violencia

contra niños y jóvenes, y con especial atención a las personas sobrevivientes, garantizando el acceso, disponibilidad y calidad de servicios de atención.

El marco legal incluye la Ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres, promulgada en 2011, en la que se establece que el Estado tiene la obligación de reconocer y garantizar el derecho a una vida libre de violencia para las mujeres (369).

En cumplimiento a la Ley, el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (**ISDEMU**), a través de la Dirección de Atención Especializada, opera un marco institucional de prevención y atención a todos los tipos de violencia contra las mujeres (370), incluyendo:

- **Centro de llamadas 126:** brinda información, orientación e intervención oportuna.
- **Unidades de Atención Especializada ubicadas en Sedes de Ciudad Mujer:** garantizan el acceso efectivo de las mujeres a la justicia, a una cultura de prevención de la violencia basada en género, al empoderamiento y la participación plena en los procesos de desarrollo de su comunidad.
- **Centro de Atención Departamental:** donde se brinda atención técnica especializada.
- **Unidades móviles de detección y referencia:** proporcionan información en materia de igualdad y de una vida libre de violencia para las mujeres.
- **Sistema de Protección:** identifica el nivel de riesgo y activa protocolos de protección y salvaguarda.
- **Plataforma 126 Te Orienta:** espacio virtual que brinda orientación, apoyo psicológico y social, asesoría legal a mujeres en situaciones de vulnerabilidad, apoyo en autocuidado y una guía telefónica de instituciones que brindan apoyo ante emergencias.

Los Protocolos para la atención integral en salud a personas afectadas por lesiones intencionales indican las medidas a tomar en caso de agresiones sexuales hacia cualquier persona, especialmente **NNA** y mujeres. (371). No se documentaron otras medidas específicas para atender la **VBG**.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DEL CUELLO UTERINO

En 2020, El Salvador se sumó a la Estrategia de Erradicación Acelerada del Cáncer de Cérvix de la OMS (372). En el marco de esta alianza, el país se comprometió a fortalecer sus programas de prevención, detección y atención de cáncer cervicouterino en el país (372).

La Ley para la Prevención, Control y Atención de los Pacientes con Cáncer, promulgada en 2021, incluye la garantía de acceso a servicios de salud integrales para todas las personas con cáncer (373).

En 2022, El Salvador actualizó sus Lineamientos Técnicos para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino y de Mama (374), que definen los criterios técnicos para promover intervenciones integrales en todos los niveles del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) mediante diferentes acciones:

- Promoción y prevención: Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) y tamizaje (citología y prueba de VPH).
- Diagnóstico oportuno: Identificación de lesiones precancerosas mediante la inspección visual con ácido acético (IVAA) y diagnóstico histopatológico.
- Tratamiento de lesiones precancerosas: crioterapia y termo-coagulación
- Atención integral de casos invasivos: cirugía, quimioterapia, radioterapia y cuidados paliativos.
- Monitoreo y vigilancia epidemiológica.

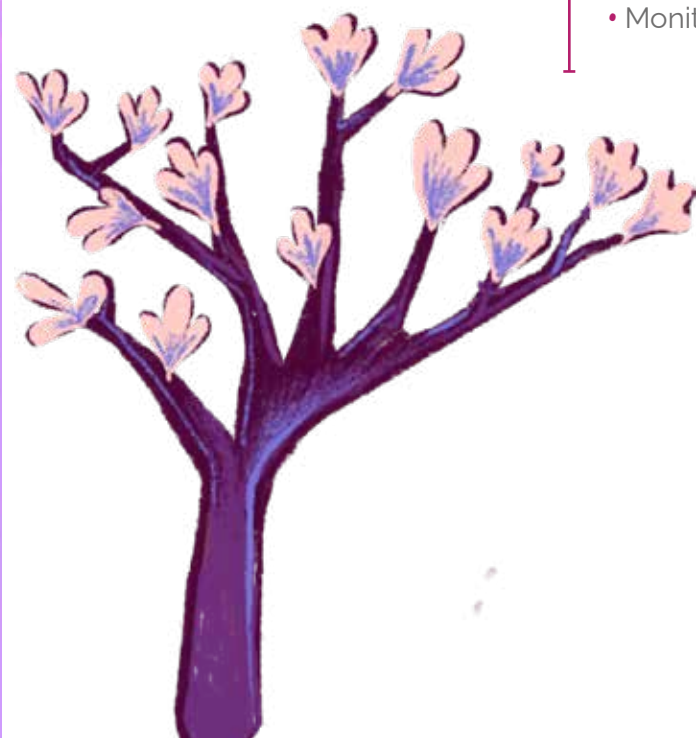
« NECESIDADES DE SSR DE MUJERES Y PERSONAS LGBTIQ+ MIGRANTES EN EL SALVADOR »

El perfil migratorio de El Salvador le caracteriza más como un país expulsor y de retorno que de tránsito, dado que, por su posición geográfica, las personas suelen optar por el camino de Guatemala y Honduras en su tránsito hacia EE. UU. Además, según los acuerdos de la región centroamericana, las personas provenientes de Guatemala, Nicaragua y Honduras pueden ingresar legalmente a El Salvador sin necesidad de un documento migratorio adicional (336). Por ello, en materia de necesidades de salud de las personas migrantes en tránsito, los datos son escasos porque los registros son prácticamente inexistentes.

En 2021, **Médicos del Mundo** documentó que, de los países centroamericanos, El Salvador parecía priorizar en mayor medida la atención de las personas migrantes retornadas, al menos en los documentos operativos. Sin embargo, también documentó brechas importantes en el acceso a servicios de salud y la falta de enfoques sistémicos con perspectiva de derechos humanos (375).

La **ONU** ha señalado que el marco legal en El Salvador no protege a las personas retornadas, especialmente aquellas provenientes de EE. UU. y que estuvieron privadas de la libertad en ese país; y han documentado prácticas que vulneran los derechos de estas personas, incluyendo la salud, al producirse detenciones arbitrarias, torturas y malos tratos sin garantizar debidos procesos (376). También se han documentado abusos contra migrantes extranjeros, especialmente provenientes de Venezuela, resultado de las negociaciones establecidas con el gobierno de EE. UU. para frenar la migración, pero que resultan en una grave vulneración de los derechos de las personas en movilidad (377).

Aunque la política de salud en El Salvador establece la universalidad de la atención, existe una realidad operativa marcada por la invisibilidad y la exclusión de las personas migrantes, especialmente las mujeres y la población LGBTIQ+. Mientras el país ha logrado institucionalizar un modelo de vanguardia en la humanización del nacimiento a través de la Ley Nacer con Cariño, este avance coexiste con una criminalización absoluta del aborto y un vacío normativo crítico que deja a las personas migrantes y a la población LGBTIQ+ fuera del radar de las políticas oficiales. Al no incluir de manera explícita en ninguno de sus documentos normativos medidas especiales para atender a las y les migrantes extranjeros que transitan por su territorio, el sistema transforma el derecho a la salud en un beneficio condicionado a la discrecionalidad en el funcionamiento de los servicios de salud.



3.3.1 AHUACHAPÁN



El departamento de Ahuachapán se ubica en el extremo occidental de la República de El Salvador, limitando al norte y al oeste con Guatemala, al este con el departamento de Santa Ana y al sur con el océano Pacífico. Es un departamento predominantemente rural, con un alto porcentaje de hogares en situación de pobreza y dependientes de remesas (378) y presenta la segunda tasa de emigración más alta del país (379,380).

Esto impulsa a muchos salvadoreños a migrar hacia México y otros destinos. Diversas agencias internacionales coinciden en que las principales causas de la migración en Ahuachapán y en Centroamérica son la pobreza, la inseguridad y el impacto del cambio climático (380).

« SISTEMA DE SALUD DEL ESTADO DE AHUACHAPÁN »

Ahuachapán tiene una tasa de embarazo adolescente de 28.9 nacimientos por cada mil mujeres, superior a aquella a nivel nacional, de 19.1 (381). No se documentaron políticas, estrategias o documentos operativos diferentes a aquellos descritos a nivel nacional para Ahuachapán en materia de anticoncepción, violencia sexual, atención obstétrica o cáncer cervicouterino.

Sólo se documentó el proyecto **Acceso Universal a la Atención Integral de Salud de las Adolescentes**, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva" financiado por la Agencia Extremeña de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AEXCID) y ejecutado por **Médicos del Mundo** en Ahuachapán. El proyecto busca garantizar el acceso a atención sanitaria integral y amigable para adolescentes de entre 10 y 19 años, priorizando sus derechos sexuales y reproductivos (382). Sin embargo, aún no se cuenta con publicaciones del impacto de este proyecto.

« SERVICIOS PÚBLICOS DE SSR A NIVEL LOCAL »

En Ahuachapán opera una Ventanilla de Información a la Población Migrante, que brinda orientación sobre trámites migratorios, trata de personas y reintegración. Esta iniciativa forma parte de una red nacional de atención al migrante (383). Con colaboración del equipo de **MdM**, se documentaron algunas unidades de salud, como la ubicada en Ataco, el Hospital Nacional Francisco Menéndez, que brindan atención a la población en general. Además, en Ahuachapán tiene presencia **MdM** con proyectos de atención sanitaria integral para adolescentes; y el **UNFPA** ha establecido algunos proyectos para la prevención del embarazo adolescente.

Durante 2023 y 2024, **MdME** prestó servicios de **SSR**, que se sintetizan en la Tabla 14.

Tabla 15. Servicios de **SSR** provistos por **MdM** en El Salvador durante 2023 y 2024**

INDICADOR	2023	2024	TOTAL
Total de consultas de salud sexual y reproductiva dadas	160	671	831
Género			
Mujer	-	-	730
Hombre	-	-	0
Mujer trans	-	-	27
Hombre trans	-	-	74
Edad			
<18 años	-	-	113
>18 años	-	-	718
Total de personas que recibieron consultas en actividades de salud sexual y reproductiva*	-	-	-
Número de consultas de consejería y otorgamiento de métodos anticonceptivos*	120	376	496
Género			
Mujer	-	-	476
Hombre	-	-	-
Mujer trans	-	-	4
Desconocido	-	-	16
Edad			
<18 años	-	-	39
>18 años	-	-	457
Métodos anticonceptivos entregados**	-	-	259
Condón masculino	-	-	129
DIU/SIU	-	-	6
Inyectable	-	-	21
Implante	-	-	-
Condón femenino	-	-	66
Anticoncepción de emergencia	-	-	-
Orales combinado	-	-	-
Desconocido	-	-	37
Personas gestantes atendidas ^Δ *	8	18	26
<18 años	-	-	8
>18 años	-	-	18

INDICADOR	2023	2024	TOTAL
Casos de violencia sexual atendidos*	18	35	53
Género			
Mujer	-	-	44
Hombre	-	-	-
Mujer trans	-	-	-
Desconocido	-	-	9
Edad			
<18 años	-	-	3
>18 años	-	-	6
Desconocido	-	-	44
Tiempo transcurrido desde la agresión			
<72 h	-	-	6
>72 h	-	-	-
>72 h	-	-	47

Fuente: elaboración propia con datos de MdM.

- * No se cuenta con información
- ** Todas las atenciones fueron provistas por el área médica o de enfermería.
- No existen registros o la atención no se brinda dentro del paquete de servicios de MdM.



3.4 | HONDURAS



- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. Atlántida | 10. Intibucá |
| 2. Choluteca | 11. La Paz |
| 3. Colón | 12. Lempira |
| 4. Comayagua | 13. Ocotepeque |
| 5. Copán | 14. Olancho |
| 6. Cortés | 15. Santa Bárbara |
| 7. El Paraíso | 16. Valle |
| 8. Francisco Morazán | 17. Yoro |
| 9. Gracias a Dios | |

« SISTEMA DE SALUD EN HONDURAS »

La Constitución de la República de Honduras (384), en sus artículos 145 y 146, reconoce la salud como un derecho humano fundamental, integral, no restrictiva y sin distinciones entre ciudadanos nacionales y personas extranjeras, como solicitantes de asilo o refugiadas. Asigna al Estado la responsabilidad de garantizar la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para garantizar el bienestar individual y colectivo, mediante la vigilancia del ejercicio de los derechos fundamentales:

- Derecho a la salud, que aborda el acceso a los servicios de atención médica.
- Derecho a la educación, en el que se establece que el acceso a la educación gratuita y obligatoria será financiado por el Estado.
- Derecho al trabajo, con la posibilidad de emplearse en condiciones laborales justas y con igualdad salarial respecto a la población nacional.

En particular, el derecho a la salud se fortalece mediante la emisión de códigos y leyes que marcan las directrices de su ejercicio como un derecho humano. Así, el marco constitucional hondureño extiende de forma implícita la protección de estos derechos a todas las personas que se encuentren dentro del territorio nacional, independientemente de su nacionalidad o estatus migratorio.

El sistema de salud en Honduras se rige bajo un modelo mixto y tripartito de financiamiento (385,386), cuya operatividad se divide principalmente entre la **Secretaría de Salud (SESAL)** y el **Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)**.

La composición de este sistema de salud depende de subsistemas integrados por entidades públicas que intervienen en la provisión directa o indirecta de los servicios. El Modelo Nacional de la Secretaría de Salud, está compuesto por Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) (387) que se distribuyen a nivel nacional en 18 Regiones Sanitarias, correspondientes a cada departamento, y 2 Regiones Metropolitanas que se encuentran en Tegucigalpa y San Pedro Sula, principales ciudades del país; es decir, 20 regiones en total con servicios de Primer y Segundo Nivel de Atención (387,388).

Figura 16. Sistema de Salud en Honduras

ÓRGANO RECTOR	Secretaría de Salud (SESAL)				
SECTOR	Sector público			Sector privado	
BENEFICIARIOS	Población sin seguridad social	Población con seguridad social		Población con capacidad de pago	Población beneficiaria sin seguridad social
	Personas sin cobertura de protección social	Personas con cobertura de protección			
PROVEEDORES Y GESTORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Red Pública de Servicios de la SESAL	IHSS	Militar	Consultorios adyacentes a farmacias Servicios y seguros privados	Servicios de ONG , Teletón e iglesias

Fuente: elaboración propia con datos de Bermúdez et al, 2011.

La **SESAL**, como ente rector del sector público, atiende aproximadamente al 60 % de la población, priorizando a sectores en condición de vulnerabilidad (385). No obstante, su capacidad operativa es limitada por la escasez de recursos financieros y humanos (389), lo cual ha obligado a las organizaciones no gubernamentales (**ONG**) a asumir un rol importante en la provisión de servicios, especialmente en zonas rurales y rutas de tránsito. El **IHSS**, da cobertura a aproximadamente el 18% de la población, especialmente trabajadores del sector formal y sus dependientes; y un 5% de las personas acceden a servicios privados de salud de pago. El país cuenta con otros regímenes institucionales especiales como el Hospital Militar, que atiende al personal de las Fuerzas Armadas, y el Régimen Especial de Afiliación Progresiva para los Trabajadores Autónomos (**REAPTA**) que complementan la cobertura sanitaria y extiende la seguridad social a trabajadores por cuenta propia. Sin embargo, de manera significativa, se estima que un 17 % de los habitantes carece de acceso regular a servicios médicos (385).

Esta fragmentación institucional, donde el acceso a la protección social está mediado por una condición laboral formal, crea una barrera estructural para las personas en condiciones de movilidad humana. Al no existir una integración de las poblaciones migrantes en estos esquemas de aseguramiento, la responsabilidad de su atención a la salud recae de facto en la **SESAL** o, en el mejor de los casos, en la asistencia humanitaria externa que ofrecen algunas **ONGs**.

A pesar de que el Artículo 32 de la Constitución de la República garantiza que 'los extranjeros gozan de los mismos derechos que los hondureños' (384), la Ley del Seguro Social opera con filtros de exclusión para las personas migrantes, estableciendo en su artículo 5, inciso e, que los servicios de salud del **IHSS** para extranjeros están supeditados a su contratación pública o privada, y a su estancia superior a un año en el país (390). Esta disonancia legal genera una desprotección total, que afecta de forma particular a las mujeres, uno de los sectores de la población más vulnerables.

« SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD (SIS) DE HONDURAS »

El sistema de información en salud (**SIS-H**) en Honduras ha sido pobremente evaluado en varios de sus componentes, destacando que los recursos y la administración del **SIS -H** como los ámbitos menos óptimos (391). Para 2023, la propia **SESAL** reconoció que el Sistema de Información no está actualizado ni integrado con las **RISS**, limitando su capacidad para monitorear y evaluar los procesos de gestión institucional y, más aún, informar la toma de decisiones (392).

En el año 2023, la Secretaría de Salud de Honduras (**SESAL**), en coordinación con la Organización Panamericana y Mundial de la Salud (**OPS/OMS**), inició la implementación de un nuevo sistema informático para el fortalecimiento de la salud pública. Introducido de forma piloto en las regiones sanitarias de Atlántida, Cortés, San Pedro Sula, Santa Bárbara e Islas de la Bahía, este sistema contempla la integración de módulos para la gestión de laboratorios, alertas sanitarias y reportes epidemiológicos (393). En 2024, la transformación digital en salud plantea el fortalecimiento de la **SESAL** para una adecuada gobernanza y rectoría, así como el fortalecimiento de la infraestructura tecnológica y de recursos humanos, para consolidar un sistema de información en salud robusto, integrado y funcional (394).

La digitalización del sistema tiene como principales objetivos mejorar la precisión de los datos, reducir los tiempos de notificación y facilitar la generación oportuna de información relevante para la toma de decisiones en salud pública (393,395). Entre los beneficios identificados se destacan la automatización de procesos de notificación, la estandarización de registros y la interconectividad entre los niveles local y central, aspectos fundamentales para una respuesta eficaz ante emergencias sanitarias.

El país ha reportado importantes avances en la digitalización de la vigilancia epidemiológica, incluyendo el desarrollo de herramientas propias y la implementación del sistema **DHIS2** (District Health Information Software 2) en el monitoreo de enfermedades como malaria y **VIH**, lo que evidencia una tendencia sostenida hacia la consolidación de un sistema de salud basado en datos y orientado a la respuesta ágil ante riesgos sanitarios (395).

« POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD PARA ATENCIÓN A LA POBLACION MIGRANTE EN HONDURAS »

Honduras es uno de los principales países de origen de personas migrantes hacia el norte del continente. Sin embargo, ha presentado de forma progresiva flujos migratorios mixtos, que incluyen la conformación de caravanas, la crisis de niños, niñas y adolescentes (**NNA**) migrantes no acompañados, y el aumento de personas en tránsito por el país (396,397). Desde 2010, el tránsito de personas en movilidad extranjeras por Honduras ha cambiado el panorama del país, pasando de algunos cientos de casos a crecer exponencialmente en el último quinquenio (397).

En 2025, las deportaciones masivas generaron desafíos considerables para la gestión de la migración, dado que las personas hondureñas retornadas involuntariamente requerían atención humanitaria y reinserción psicosocial (397–399). Aunque la retórica antimigrante aparenta operar con mayor severidad en las políticas migratorias en el último período presidencial de EE.UU., según datos del Observatorio Consular y Migratorio de Honduras, el mayor volumen de personas hondureñas retornadas al país ocurrió en 2019, (400); no obstante, el número de retornados entre 2009 y 2016 sigue siendo significativamente mayor (401).

En este contexto, las políticas migratorias de EE.UU. también han resultado en una dramática reducción de personas en tránsito por el país, que pasaron de más de 100 mil en el primer trimestre de 2024 a poco más de 10 mil en el mismo período de 2025 (402). La política migratoria actual en Honduras presenta una dicotomía a considerar. Mientras que el marco normativo se ha fortalecido para la atención de la población hondureña en condiciones de movilidad, de retorno y de desplazamiento —mediante la creación de leyes de apoyo y protocolos de reintegración— (399,401,403), la protección de los derechos humanos de las personas migrantes en tránsito permanece sin cambios. Sin embargo, la ley hondureña contempla la protección especial de personas vulnerables, como las personas víctimas de trata de personas y les **NNA** (404).

La Ley de Migración y Extranjería de Honduras establece que las personas extranjeras gozan de los mismos derechos que las personas hondureñas (405). La Ley Marco del Sistema de Protección Social de Honduras considera que las personas extranjeras en tránsito por el territorio nacional, y que puedan contribuir por sí o a través de terceros (pilar contributivo) o no tengan capacidad de contribuir (pilar subsidiado) tienen derecho a recibir el Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud, que incluyen medidas de promoción, prevención, curación, rehabilitación y apoyo de cualquier patología (406).

El Instituto Nacional de Migración gestiona los Centros de Atención al Migrante Irregular (**CAMI**) que proporcionan cuidado y protección a los migrantes en tránsito (407). La intención de los **CAMI** es regular el tránsito de personas por el territorio hondureño, aunque no se encontraron estrategias o documentos que integren la respuesta a las necesidades de salud de las personas migrantes en tránsito.

En el departamento de Francisco Morazán, Tegucigalpa, la capital, es un punto estratégico para la atención de personas migrantes en Honduras. Las autoridades, a través del Instituto Nacional de Migración (**INM**), brindan servicios de registro y protección, mientras que organizaciones internacionales como la **OIM** y **ACNUR** ofrecen asistencia humanitaria, apoyo legal y psicosocial. Organizaciones locales también contribuyen con vivienda temporal, alimentación y asesoría jurídica. Sin embargo, persisten desafíos como limitaciones presupuestarias y falta de infraestructura adecuada; por ello, se impulsan alianzas multisectoriales para mejorar la atención integral y sostenible a esta población vulnerable (408–410).

« POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN HONDURAS »

Honduras reconoce el libre ejercicio de la sexualidad como parte de los Derechos Humanos. Por lo tanto, cuenta con un conjunto de instrumentos normativos como la Ley Marco del Sistema de Protección Social (406), que garantiza la seguridad social universal, articulando políticas públicas para la cobertura de salud, pensiones y riesgos laborales, en los sectores de la población más vulnerables; la **Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR)** (411); y el Plan de Acción de Estado Abierto Honduras 2023–2025 (**PAEAH**), que pone a disposición todas aquellas fuentes de información sobre salud sexual y reproductiva, ubicación de unidades y centros con capacidades para su atención, redes de vigilancia epidemiológica sobre **ITS**, embarazo y parto adolescente, así como disposición de métodos anticonceptivos y campañas de concientización (412).

Tabla 15. Leyes que fundamentan los derechos de la Salud Sexual y Reproductiva en Honduras

LEY / REGLAMENTO / MANUAL	CONTENIDO RELACIONADO CON SSR PARA MUJERES, NIÑAS Y POBLACIÓN LGBTIQ+ MIGRANTE
Manual para la atención en planificación familiar (261)	✗ Reconoce que las mujeres migrantes o desplazadas se encuentran en situaciones de crisis humanitarias tienen las mismas necesidades en SSR que otras mujeres.
Guía para operativizar los servicios de planificación familiar en la Secretaría de Salud (413)	✗ Reconoce que las mujeres migrantes tienen demandas insatisfechas de anticoncepción. ✗ Incluye la incorporación de la población migrante retornada o en tránsito en actividades de planificación familiar y la provisión de servicios en los CAMI .
Protocolo de atención integral a personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual (414)	✗ Incluye en la historia clínica si la agresión ocurrió en contexto de migración.

Fuente: elaboración propia con información de los instrumentos citados.

La Tabla 15 sintetiza los instrumentos para la implementación de políticas públicas sobre anticoncepción, salud materna, prevención de la **VBG** y la atención a **ITS**, con enfoque de derechos humanos, género y equidad en salud e incluyen a las mujeres y población **LGBTIQ+** migrante como prioritaria. Estos instrumentos abordan los principales problemas de **SSR** que enfrenta el país en este ámbito, como la mortalidad materna, el embarazo adolescente, el acceso a métodos anticonceptivos, la violencia doméstica y el **VIH**, así como una guía para estandarizar procedimientos clínicos, garantizar la calidad de la atención y promover el acceso universal a servicios.

En Honduras, los servicios públicos de salud asumen la responsabilidad de cubrir la terapia antirretroviral a las personas diagnosticadas con **VIH**, y ofrecen servicios de diagnóstico gratuito (415). Para la población migrante, se han generado planes estratégicos orientados a la vigilancia y abordaje a la resistencia de antirretrovirales (**ARV**). Aun cuando estos avances vienen desde **La Reforma a la Ley Especial sobre VIH/Sida de 2015**, aun se debe fortalecer la gobernabilidad y gobernanza para tener una respuesta más coordinada.

CONSEJERÍA Y ENTREGA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



En materia de anticoncepción, el país dispone del **Manual para la Atención en Planificación Familiar (261)**, el cual establece lineamientos obligatorios para todos los niveles de atención, tanto públicos como privados. Este documento reconoce a las mujeres migrantes como sujetos con las mismas necesidades de salud que sus pares, poniendo énfasis en deben estar fuera de todo acto discriminatorio que atente contra la eliminación del racismo y la intolerancia racial. Por lo tanto, incorpora un enfoque de derechos y prioriza a personas migrantes, poblaciones indígenas y afrodescendientes, así como personas trans (mujeres y hombres).

El uso de las Pastillas Anticonceptivas de Emergencia (**PAE**), se estableció como un compromiso en la legislación nacional e internacional. El levantamiento de su prohibición en 2023 desarticuló un punto de inflexión en la política de Salud Sexual y Reproductiva (**SSR**) en Honduras, pues a través del desmantelamiento del Acuerdo Ministerial No. 2744 de 2009 —que durante 14 años restringió el derecho a su uso— (416), el Estado se alineó formalmente a los acuerdos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) (261).

Organismos de cooperación internacional como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (**UNFPA**), fungen como apoyo central y estratégico para la cobertura de las necesidades de **SSR** en el país, principalmente en las zonas que registran mayor afluencia migratoria. Su intervención se concentra en tres pilares operativos: **1)** el fortalecimiento de la cadena de suministros para anticoncepción, **2)** la estandarización del protocolo para el abordaje de la violencia basada en género y, **3)** la distribución de kits de salud reproductiva para poblaciones en movilidad que previenen la mortalidad materna, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (417). En paralelo, este organismo realiza jornadas de orientación y consejería sobre derechos sexuales y reproductivos, y planificación familiar destinada a población migrante, además de la provisión de métodos anticonceptivos en los que se incluyen los implantes hormonales subdérmicos.

A pesar de este marco normativo, **Ipas** Centroamérica ha documentado que hay barreras para el acceso a anticonceptivos en los servicios del sector público, en el que los proveedores no proporcionan suficiente información para una decisión libre e informada (418). Además, documentó una demanda insatisfecha de anticoncepción de 13.7% en 2012.



SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES

La Secretaría de Salud, en conjunto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (**UNFPA**), ha implementado programas como la creación de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes, que atienden a más de 300 mil jóvenes en varios departamentos del país. Estos servicios ofrecen consejería, distribución de métodos anticonceptivos y atención médica adaptada a las necesidades de la población joven **(417)**.

Como un proyecto financiado por el gobierno de Canadá, desde 2019, los servicios amigables en Honduras están destinados a fortalecer entornos seguros que sirvan de apoyo para que los servicios públicos de salud amplíen la cobertura de atención a la población juvenil en:

- Información sobre salud sexual y reproductiva.
- Prevención de embarazos e **ITS**.
- Atención médica y psicológica.
- Dotación de métodos anticonceptivos.

En 2025, la Secretaría de Salud emitió la **Guía para la Atención Integral de las Personas Adolescentes**, que reconoce la necesidad de brindar servicios de **SSR** diferenciados y adaptados para esta población. La Guía incluye la evaluación del comportamiento en las relaciones sexuales, además de acciones específicas para prevenir el embarazo adolescente y, en caso de adolescentes embarazadas, brindar atención integral, incluyendo descartar la **VS** **(419)**.

Las altas tasas de embarazo adolescente en Honduras generan brechas educativas y económicas, perpetuando los ciclos de pobreza y exclusión **(420)**. El **UNFPA** ha generado varias estrategias para prevenir el embarazo adolescente, como la **campaña Hablemos claro**, que busca acercar materiales a les adolescentes para el diálogo intergeneracional transformador con sus cuidadores y profesores **(421)**.

ATENCIÓN PRENATAL, OBSTÉTRICA Y POSNATAL

En relación con la salud materna, el país ha desarrollado instrumentos orientados a la vigilancia y reducción de la mortalidad materna **(422-424)**. Para ello se promueve una cobertura universal de salud y el acceso equitativo a servicios de salud materna de alta calidad durante el ciclo reproductivo, como parte del conjunto integral de servicios de salud sexual y reproductiva.

Reducir las muertes maternas ha implicado que la **SESAL** articule intervenciones de mejora de la calidad de los servicios

asistenciales comunitarios, y la cobertura de las necesidades relativas a la planificación familiar, apoyándose de herramientas y modelos tecnológicos como telesalud o telemedicina, con el fin de optimizar conocimientos y facilitar el seguimiento de las pacientes, incorporando historia clínica perinatal digital, y el uso de la telesonografía como parte del expediente electrónico único e integrado en salud.

El Protocolo para la Atención Integral en Salud Materna de 2024 es el principal documento normativo que marca las directrices para la atención a mujeres en etapa preconcepcional, prenatal, parto y puerperio **(422)**; no obstante, en este no hay lineamientos que incluyan de manera tácita y clara a la población migrante, de tal manera que la atención para las mujeres que atraviesan territorio hondureño está bajo el resguardo de los organismos internacionales que se han dado a la tarea de vigilar el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de todas las mujeres en su condición de ciudadana o migrante.

ACCESO AL ABORTO SEGURO

Honduras es uno de los países donde el aborto sigue siendo ilegal. El Código Penal hondureño (Cap. 2, art. 126-128) **(425)** tipifica el aborto como un delito que debe ser castigado con penas de hasta 10 años de reclusión. Los motivos de violación, malformación del feto o el riesgo a la salud de las mujeres, hasta la fecha son insuficientes para lograr su despenalización, pese a la lucha y movilización de organizaciones nacionales e internacionales, como el colectivo Somos Muchas **(426,427)**.

El mismo Código Penal también establece castigo para los médicos que lo practiquen **(425)**. Estas restricciones promueven los abortos inseguros e incrementan los riesgos en la salud de las mujeres **(427)**.

ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL

La violencia sexual en Honduras está identificada como un problema de salud pública, con evidencias estadísticas **(428)**. En este ámbito, existen normativas que promueven una atención integral y con enfoque diferencial, como los Lineamientos para la Atención del Hombre que Ejerce Violencia Doméstica con Enfoque de Masculinidades **(429)**, y el **Protocolo de Atención Integral a Personas Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual** **(414)**.

Uno de los mecanismos por los que ha optado en el país para su atención ha sido la implementación de jornadas de capacitación y sensibilización a los prestadores de servicios de salud, quienes se apoyan en el modelo **ANIMA**, creado por la **OPS** y la **OMS** **(430)**. Es una herramienta de primera línea que proporciona



recomendaciones para la atención a sobrevivientes de violencia de pareja y sexual de manera empática y segura, siguiendo los principios sobre los cuales se construye su acrónimo:

- Atención al escuchar
- No juzgar/validar
- Informarse sobre necesidades
- Mejorar seguridad
- Apoyar

En 2022, la **SESAL** oficializó el **Protocolo de Atención Integral a Personas Víctimas/ Sobrevivientes de Violencia Sexual (414)**, documento que estandariza la atención a sobrevivientes de violencia sexual sin discriminación por nacionalidad o estatus migratorio, a partir de acciones concretas como concientizar, prestar servicios integrales de calidad, identificar a personas afectadas de forma temprana, dar cuidado y apoyo a víctimas, promover la igualdad de género, e incorporar una educación integral sobre sexualidad en los planes de estudio de adolescentes y jóvenes.

En paralelo a estas medidas, se han creado otras estrategias prácticas como la distribución de los kits post exposición para casos de agresiones sexuales, que deben estar disponibles de forma gratuita en centros de salud y hospitales (431,432). Sin embargo, se han documentado importantes barreras para la implementación de estas medidas, lo que reduce la efectividad de la respuesta a la **VS** (433).

Aunque estas medidas son extensivas a la población migrante, como parte de una política de atención inclusiva e integral, el tiempo de efectividad para las mujeres en condiciones de movilidad, es acotado, pues la eficacia del uso de estos kits, es dentro de las primeras 72 horas posteriores a la agresión, por lo que no contempla las adversidades que se presentan a lo largo de su tránsito y proceso migratorio. Por lo tanto, la atención a la violencia sexual en mujeres, adolescentes y niñas en estos contextos, merece continuidad en su discusión.



PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DEL CUELLO UTERINO

Para la prevención del virus del papiloma humano (**VPH**) y el cáncer cervicouterino, el país ha implementado un programa nacional de vacunación contra el **VPH** dirigido a niñas entre los 12 y 15 años (434), así como la incorporación de nuevas tecnologías para la detección y tratamiento oportuno del cáncer cervicouterino, cuyas bases se encuentran en el **Protocolo de Tamizaje y Tratamiento de Lesiones Premalignas para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (435)**.

« NECESIDADES DE SSR DE MUJERES Y PERSONAS LGBTIQ+ MIGRANTES EN HONDURAS⁶ »

La información disponible sobre las necesidades de **SSR** entre mujeres y personas LGBTIQ+ migrantes es escasa en Honduras, y aún más en El Paraíso y Francisco Morazán. Sin embargo, varios reportes convergen en que la **VBG**, la **VS** y las necesidades de **SSR** no atendidas son, en muchas ocasiones, motivo de migración, pero se mantienen durante todo el tránsito, lo cual representa una vulneración más para las mujeres y personas LGBTIQ+ migrantes (22,37).

Danlí, ubicado en El Paraíso, es uno de los principales puntos de cruce migratorio hacia Honduras, donde las personas pueden atender las consecuencias del proceso migratorio en su salud , incluida la violencia (436,437).

En Honduras, al igual que en otros países de la ruta migratoria, el tránsito de adolescentes (acompañados o no) ha ido en aumento. En general, se ha documentado que las adolescentes ejecutan labores de cuidado, lo que impacta en su salud mental y aumenta los riesgos de violencia en la ruta; mientras que los adolescentes varones suelen viajar solos, lo cual genera necesidades específicas (438). Al documentar los principales riesgos que enfrenta esta población durante el tránsito, les cuidadores reportaron que la violencia y sus consecuencias en la salud mental son las principales afectaciones, destacando que el 29% de les cuidadores reportaron que las niñas enfrentan riesgo de violencia sexual en el Tapón del Darién, riesgo que disminuye conforme se avanza en la ruta (438).

Otro estudio documentó que las mujeres enfrentan jornadas migratorias más largas y extenuantes debido a su rol como cuidadoras. En Honduras, se documentó que hay un acceso limitado a servicios de **SSR**: hasta el 5% de aquellas personas que requirieron atención no tuvieron acceso por falta de dinero o documentos y sólo 8% de las mujeres que participaron en el estudio tuvieron acceso a anticonceptivos. La violencia es una de las principales preocupaciones; especialmente para la población LGBTIQ+ que, además, sufre de una invisibilización estructural (439).

⁶ En el análisis de México, la documentación de necesidades de SSR entre mujeres migrantes y personas LGBTIQ+ se realizó por estados. Para el caso de Honduras la información se presenta por país, debido a la ausencia de datos a nivel local.

Aunque Honduras tiene entre sus mandatos constitucionales la salud como un derecho universal sin distinciones por nacionalidad, la realidad operativa no incluye explícitamente y, en casos, excluye abiertamente, a la población en movilidad. Si bien el país ha logrado hitos normativos en materia de SSR recientemente, como la despenalización de la PAE y los protocolos de atención a VS, la segmentación del sistema de seguridad social, la criminalización absoluta del aborto y un sistema de información desactualizado genera barreras infranqueables de acceso que amenazan el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y la población LGBTIQ+. Esta brecha genera que la atención de las personas migrantes se concentre en la asistencia humanitaria, evidenciando que la protección de la salud en Honduras para las personas que transitan por el país es una responsabilidad externalizada.

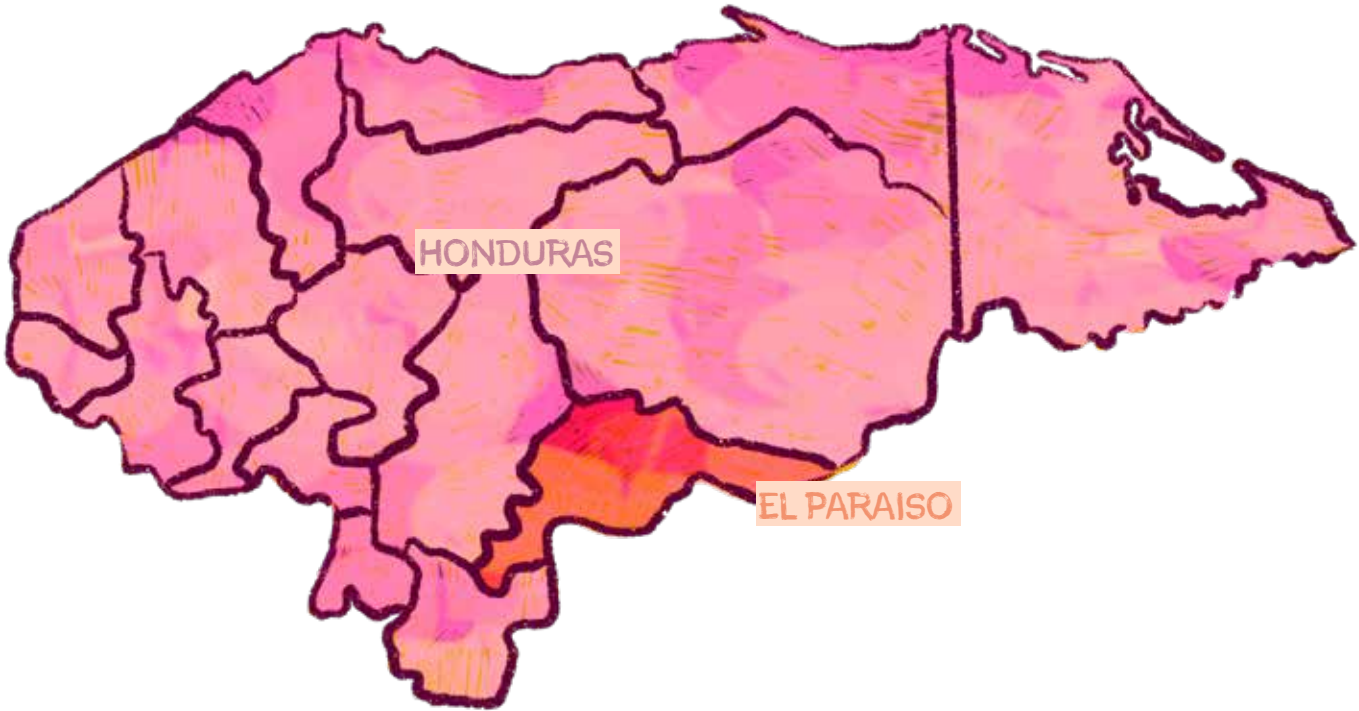
La **OIM** documentó que existen importantes brechas en el acceso a servicios de **SSR** para las mujeres embarazadas y lactantes en El Paraíso, siendo la atención en salud una de las principales necesidades reportadas por la población en movilidad. Sobre la **VBG**, aunque las organizaciones reconocen los riesgos asociados al tránsito, existe un subregistro de los episodios de violencia, especialmente **VS (440)**.

En una encuesta implementada por **OIM**, se documentaron importantes necesidades de **SSR** entre 1,235 mujeres y adolescentes retornadas en San Pedro Sula, Honduras. De las participantes, 85% reportó haber menstruado en días o semanas previos a la encuesta. Sin embargo, 25% de las mujeres no pudieron acceder a espacios privados para realizar su gestión menstrual. De aquellas que requirieron acceso a algún servicio de salud (25,2%), 42,2% accedieron a atención en una casa del migrante y quienes no pudieron acceder a ningún servicio, la negativa estuvo relacionada con su status migratorio. De todas las participantes, 8,4% reportaron a ver vivido algún tipo de violencia, principalmente verbal, aunque 9% reportaron **VS (389)**.

El Consejo Danés para Refugiados documentó en 2024 los flujos migratorios por Danlí y Trojes, en El Paraíso. Los hallazgos revelan que el trayecto de Nicaragua hasta el punto de concentración de organizaciones en Danlí es una zona de alta peligrosidad, donde les **NNA** enfrentan riesgos de **VS** y **VBG**, además de la separación familiar asociada a las propias dinámicas del tránsito migratorio. En este informe, se documentaron necesidades de atención a la salud mental y apoyo psicosocial, y de atención prenatal para adolescentes embarazadas. Esto se suma al alto costo de vida y tránsito en Danlí, que resulta en el ingreso de les **NNA** al mercado laboral informal, lo cual aumenta su vulnerabilidad **(441)**.

La dificultad de documentar y atender las necesidades de **SSR** en Honduras radica en sus características migratorias: frecuentemente es una parada breve en el tránsito, que se facilita por las políticas migratorias y las redes de transporte para personas migrantes, lo cual impacta que el comportamiento de búsqueda de salud se subordine a la necesidad de continuar con el tránsito **(48,438)**.

3.41 | EL PARAÍSO



El Paraíso es uno de los 18 departamentos de Honduras, ubicado en la zona oriente del país, en frontera directa con Nicaragua. Por su posición geográfica, se identifica como un punto clave para la atención humanitaria de personas migrantes en tránsito por el territorio hondureño. El Paraíso es considerado un departamento expulsor de personas migrantes, debido a múltiples factores estructurales, como la pobreza rural, la falta de empleo, especialmente para jóvenes, la violencia y la creciente vulnerabilidad climática, que incluye sequías prolongadas y los efectos de fenómenos extremos como huracanes **(442)**. Además, por su localización geográfica, El Paraíso tiene un rol dual en el fenómeno migratorio, sirviendo como ruta de tránsito migratorio de personas provenientes de Nicaragua y otros países de Sudamérica **(443)**.



« SISTEMA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO EL PARAÍSO »

El Paraíso ha desarrollado en los últimos años un sistema de salud con enfoque comunitario que combina atención primaria, herramientas de telemedicina, infraestructura sanitaria especializada y acciones dirigidas a la población migrante y fronteriza. La red pública de servicios incluye un Centro Integral de Salud (**CIS**), siete Unidades de Atención Primaria de Salud (**UAPS**) y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (**IHSS**).

En 2023, la Región Sanitaria local implementa mecanismos de vigilancia epidemiológica y atención médica integral para responder a la creciente demanda de servicios. Para 2024, se implementó en el territorio una Red de Telemedicina para realizar consultas especializadas en áreas como medicina interna, pediatría, ginecología y salud mental (444).

En la cobertura de la atención a los migrantes, en ese mismo año se inauguró el Centro de Atención al Migrante Irregular “Francisco Paz” en Danlí, departamento de El Paraíso. Este espacio ofrece servicios integrales como registro migratorio, asistencia médica, alimentación, alojamiento temporal y atención psicológica.

El sistema de salud, en particular la atención a las personas migrantes está fortalecido en El Paraíso gracias a la intervención de organizaciones no gubernamentales y agencias de cooperación internacional, que han contribuido con donaciones a mejorar el acceso a servicios de salud para esta población.



« POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL PARAÍSO »

No se documentaron políticas particulares para atender la SSR en El Paraíso.

CONSEJERÍA Y ENTREGA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La provisión de servicios se hace según los lineamientos nacionales. No se encontró información específica sobre este ámbito para El Paraíso.



SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES

No se encontró información específica para El Paraíso.

ATENCIÓN PRENATAL, OBSTÉTRICA Y POSNATAL

En el departamento de El Paraíso, la red de servicios públicos de la **SESAL** y el **IHSS** dirigen la atención de la salud materna, el control prenatal y la prevención de complicaciones obstétricas. Esta región ha priorizado la implementación de instrumentos normativos para la vigilancia y reducción de la mortalidad materna, promoviendo la cobertura universal y el acceso equitativo a servicios de alta calidad durante todo el ciclo reproductivo (445). Como pilar de esta estrategia, se ha potenciado el uso de la telemedicina en El Paraíso, herramienta clave para optimizar la capacidad de respuesta del sistema sanitario local, mediante un seguimiento oportuno de embarazos de alto riesgo en zonas de difícil acceso (446).

ACCESO AL ABORTO

Al igual que en el resto del territorio hondureño, la interrupción del embarazo permanece penalizada en el departamento de El Paraíso.

ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL

El Paraíso fue, para 2020, el tercer departamento de Honduras con mayores números de denuncias por agresiones sexuales en el país (447). El personal de salud de este departamento cuenta con protocolos para la identificación y atención a víctimas de violencia sexual en servicios de primero y segundo nivel, así como en puntos de cruce migratorio (448).



PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DEL CUELLO UTERINO

La prevención y detección del cáncer cervicouterino en el departamento de El Paraíso, se enmarca en las estrategias nacionales de la Secretaría de Salud (**SESAL**), que ponen en el centro la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (**VPH**) y el tamizaje oportuno que se compone de la citología y colposcopia).



« SERVICIOS PÚBLICOS DE SSR A NIVEL LOCAL »

El panorama de servicios de salud disponibles para atender las necesidades de las personas migrantes en El Paraíso ha cambiado radicalmente en los últimos años (449). Con la reducción significativa de personas en tránsito por la región y los recortes de fondos a nivel mundial para la asistencia humanitaria, varias organizaciones decidieron terminar sus actividades (450–454).

Tabla 16. Servicios de SSR para atender las necesidades de la población migrante en Francisco Morazán

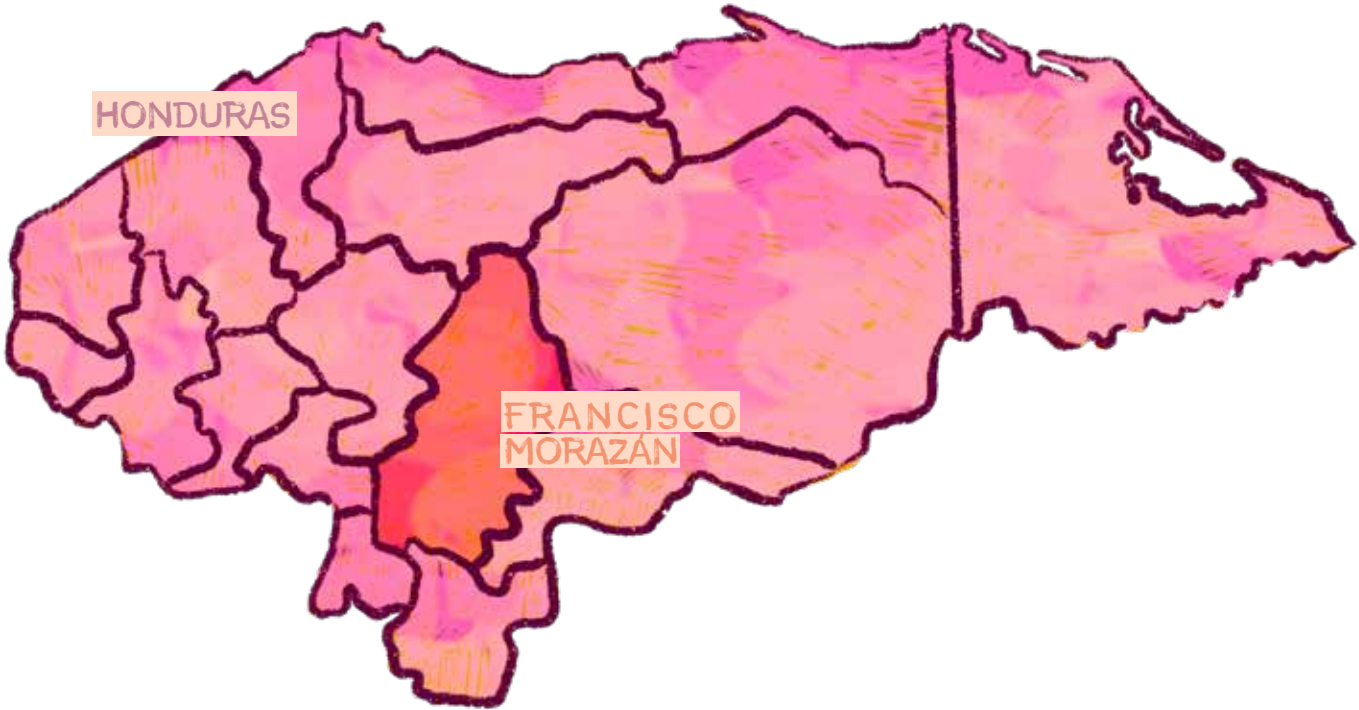
ORGANIZACIÓN / INSTITUCIÓN	POBLACIÓN	SERVICIOS
SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE NECESIDADES DE SSR		
• Instituciones públicas •		
• Secretaria de Salud	Población hondureña y en contexto de movilidad	• Medicina general, odontología, oftalmología, ginecología, dermatología, fisioterapia y farmacia.
• Organizaciones de la sociedad civil, no gubernamentales y otras •		
• Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)	Población en contexto de movilidad	• Proyectos para prevenir el embarazo adolescente y mejorar acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en adolescentes y mujeres jóvenes.
• ASHONPLAFA	Población en contexto de movilidad	• Brinda servicios de salud sexual y reproductiva, planificación familiar, consejería sobre VIH/SIDA y atención primaria clínica en varias regiones de Honduras. Consejería familiar y enlaces con rutas de referencia.
SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO		
• Instituciones públicas •		
• Secretaria de Salud	Población hondureña y en contexto de movilidad víctima de VS o VBG	• En casos de violencia de género y violencia sexual pueden brindarte atención médica y acompañamiento psicosocial.
• Fiscalía de la Mujer / Ministerio Público		• En casos de violencia de género y violencia sexual, estas oficinas pueden brindarte acompañamiento legal y protección.

Fuente: elaboración propia con datos de MdM.

* Las instituciones aquí enlistadas prestaban atención hasta el momento de la escritura de este informe (2025)..

La organización CARE Honduras, ejecutó entre 2023 y 2024 un programa de atención en Danlí y Trojes, el cual incluyó asistencia alimentaria, distribución de kits de higiene, apoyo a sobrevivientes de violencia de género, atención psicológica y campañas de sensibilización comunitaria (439). En agosto de 2024, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) fortaleció la respuesta local mediante la donación de dos ambulancias, lo que permitió una mejora significativa en la atención de personas refugiadas y migrantes en zonas de alta movilidad, como los pasos fronterizos de Danlí y Trojes (455). Además, CERF emitió la Ruta Intersectorial para Atención de Casos de Violencia de Género en Danlí, que brinda información sobre los servicios disponibles en materia de salud, justicia y protección para las personas víctimas de VBG (456).

3.4.2 FRANCISCO MORAZÁN



El departamento de Francisco Morazán, situado en la zona centro-sur de Honduras, es una de las divisiones territoriales más importantes del país tanto por su relevancia política como por su desarrollo económico y demográfico. Su densidad demográfica se concentra particularmente en Tegucigalpa y Comayagüela (457).

« SISTEMA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO FRANCISCO MORAZÁN »

El departamento de Francisco Morazán cuenta con una red de servicios de salud diversificada que responde a una alta concentración poblacional, particularmente en el Distrito Central (Tegucigalpa y Comayagüela). Esta red está estructurada en varios niveles de atención: primaria, secundaria, terciaria y comunitaria, incluyendo tanto instituciones públicas como privadas y organizaciones no gubernamentales.

A nivel de atención primaria, la Secretaría de Salud, a través de la Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, administra 64 establecimientos, entre ellos Centros Integrales de Salud (**CIS**), Unidades de Atención Primaria en Salud (**UAPS**), policlínicos y centros integrales (458). La atención hospitalaria alberga instituciones de referencia nacional como el Hospital Escuela Universitario, el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita y el Hospital María; también existen hospitales del Instituto Hondureño de Seguridad Social (**IHSS**), que brindan cobertura a afiliados del régimen contributivo (459).

No obstante, el sistema enfrenta múltiples desafíos estructurales, como escasez de medicamentos, demoras prolongadas en la asignación de citas, corrupción administrativa y limitaciones en infraestructura hospitalaria. Estos factores, junto a una alta demanda poblacional, contribuyen a una percepción negativa sobre la calidad del sistema de salud (460).

« POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FRANCISCO MORAZÁN »

Los servicios dedicados a la SSR en Francisco Morazán son diversos y provistos principalmente por la Secretaría de Salud y organizaciones no gubernamentales (**ONG**). No se documentaron políticas específicas adicionales para atender la **SSR** en Francisco Morazán.

CONSEJERÍA Y ENTREGA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La provisión de servicios se hace según los lineamientos nacionales. No se encontró información específica sobre este ámbito para Francisco Morazán.

SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES

La alianza de los gobiernos nacionales, locales y organizaciones comunitarias se ha propuesto como finalidad mejorar los indicadores de salud sexual y reproductiva, que se basan en la disminución de la tasa de embarazo adolescente, la prevención de la violencia de género y también en la promoción del acceso a servicios integrales de salud sexual.

En el departamento organizaciones como **GOJoven Honduras** han desarrollado talleres, ferias educativas y clubes juveniles para fomentar la salud sexual y reproductiva entre adolescentes. Su trabajo ha contribuido a la reducción de embarazos adolescentes y la promoción del acceso a servicios integrales (461). Asimismo, **Acción Joven Honduras** ofrece atención en anticoncepción de emergencia, prevención de embarazos y promoción de la salud mental, con énfasis en jóvenes residentes en Tegucigalpa (462).

No obstante, persisten desafíos como la limitada educación sexual integral en escuelas, la falta de servicios adecuados en áreas rurales y la estigmatización que enfrentan adolescentes que buscan atención médica (463).

ATENCIÓN PRENATAL, OBSTÉTRICA Y POSNATAL

Francisco Morazán forma parte de las seis regiones sanitarias prioritarias que buscan reducir la mortalidad neonatal en el país, sobre todo en las zonas identificadas con mayor vulnerabilidad, inequidades y mayores registros de mortalidad relacionadas al embarazo, parto y puerperio, recién nacidos o infantes prematuros. La estrategia consiste en fortalecer la atención primaria de la salud con la capacitación del personal de salud, apoyar la atención con la teleconsulta y los sistemas de información, así como el uso de tecnologías perinatales que facilitan el cuidado del recién nacido y la madre (464).

ACCESO AL ABORTO

Al igual que en el resto del territorio hondureño, la interrupción del embarazo permanece penalizada en el departamento de Francisco Morazán.

ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL

Hasta 2024, Francisco Morazán es del departamento que registra el mayor número de denuncias por violencia sexual (465). El Proyecto Mujeres Tejiendo Vidas Libres de Violencia, que involucra la atención a la salud y el desarrollo social, y que prioriza las estrategias de protección y subsistencia para mujeres y niñas en condiciones de vulnerabilidad, promoviendo la autosuficiencia económica y la seguridad de las mujeres sobrevivientes de violencia de género, y de residentes en zonas marginadas (466). No se documentaron estrategias adicionales implementadas por SESAL.



PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DEL CUELLO UTERINO

En consonancia con la estrategia a nivel nacional, la prevención y detección oportuna del CaCu se fundamenta en dos pilares estratégicos: la vacunación del VPH y el fortalecimiento de los esquemas de tamizaje, mediante la realización de citologías cervicales.



« SERVICIOS PÚBLICOS DE SSR A NIVEL LOCAL »



El panorama de servicios de salud disponibles para atender las necesidades de las personas migrantes en Francisco Morazán incluye una red de servicios públicos de salud y la presencia de organizaciones civiles y no gubernamentales.

Tabla 17. Organizaciones e instituciones que dan servicios de atención de SSR en El Paraíso

ORGANIZACIÓN / INSTITUCIÓN	POBLACIÓN DIANA	SERVICIOS
SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE NECESIDADES DE SSR		
• Instituciones públicas •		
• Secretaría de Salud	Toda la población	• Atención Médica en SSR, métodos de planificación familiar, consulta médica general, atención de especialidades, servicios de enfermería, vacunación, salud materno-infantil, planificación familiar, atención prenatal y posnatal.
• Ciudad Mujer	Mujeres, niñas, niños y adolescentes	• Salud integral, atención médica general y especializada, salud sexual y reproductiva, control prenatal y planificación familiar, exámenes preventivos (citologías, mastografías según disponibilidad), atención psicológica, atención y prevención de la violencia, asesoría legal, atención psicológica a sobrevivientes de violencia, trabajo social, acompañamiento para denuncias, coordinación con fiscalía y policía, autonomía económica, talleres vocacionales, capacitación técnica, educación financiera, bolsa de empleo, apoyo para emprendimientos.
• Secretaría de la Mujer	Mujeres, niñas y adolescentes	• Asesoría y orientación legal gratuita, atención psicológica individual y grupal, trabajo social, acompañamiento para denuncias, medidas de protección, referencias a refugios o casas de acogida, orientación en salud sexual y reproductiva, campañas de prevención (cáncer de mama, cáncer cervicouterino), apoyo en salud mental, Referencias a servicios médicos especializados.
• Organizaciones de la sociedad civil, no gubernamentales y otras •		
• GOJoven Honduras	Jóvenes y adolescentes	• Talleres, ferias educativas y clubes juveniles para fomentar la salud sexual y reproductiva entre adolescentes.
• Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)	Personas migrantes	• Asistencia legal, apoyo psicológico, acceso a atención médica básica y capacitación en derechos humanos.

ORGANIZACIÓN / INSTITUCIÓN	POBLACIÓN DIANA	SERVICIOS
• Red Hondureña de Atención a Migrantes y Refugiados	Personas migrantes	• Servicios de salud, atención en salud física, como primeros auxilios o servicios prehospitalarios, apoyo psicosocial y salud mental para personas afectadas por estrés, trauma o violencia durante la migración, protección y orientación e información general sobre derechos y rutas de atención disponibles, protección especializada para grupos vulnerables, como niñez, sobrevivientes de violencia de género, personas con discapacidad o LGBTIQ+ . Coordinación con mecanismos estatales para facilitar registro, transporte seguro y atención digna en puntos fronterizos y zonas de tránsito.
• Médicos del Mundo	Mujeres, adolescentes y personas en movilidad humana.	• Atención médica y consejería y promoción orientada a SSR .
SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO		
• Instituciones públicas •		
• Secretaría de la Mujer	Toda la población	• Consejería y orientación en casos de Violencia de Género, jornadas de sensibilización, asesoría legal, medios de vida, enlaces con rutas de referencia.
• Ciudad Mujer	Mujeres, niñas, niños y adolescentes	• Jornadas de prevención, identificación, atención y referencia en casos de VBG , consejería, asesoría legal, medios de vida.
• Secretaría de Salud	Mujeres, niñas y adolescentes	• Consejería y orientación en casos de violencia de género, jornadas de sensibilización, enlaces con rutas de referencia.
• Organizaciones de la sociedad civil, no gubernamentales y otras •		
• Médicos del Mundo	Mujeres, niñas, niños, adolescentes y personas en movilidad humana.	• Identificación, atención y referencia de casos de Violencia de género.
• Cruz Roja Hondureña	Mujeres, niñas y adolescentes	• Identificación, atención y referencia de casos de Violencia de género.

MdM E ha brindado atención en Honduras desde 1998. Los proyectos en este país se enfocan en atención a población migrante y salud sexual y reproductiva. Durante 2021 - 2024, **MdM F** prestó varios servicios de salud **SSR**, que se sintetizan en la *Tabla 18*.

Tabla 18. Servicios de **SSR** provistos por **MdM** en Francisco Morazán durante 2023 – 2024**

INDICADOR	2022	2023	2024	TOTAL
Total de consultas de salud sexual y reproductiva dadas	8	1551	7036	8644
Género				
Mujer	57	1539	6451	8047
Hombre	0	11	553	564
Mujer trans	0	1	7	8
Hombre trans	0	0	25	25
Edad				
<18 años	8	103	492	603
>18 años	5	1447	6544	7996
Desconocido	44	1	0	45
Total de personas que recibieron consultas en actividades de salud sexual y reproductiva*	56	1537	6972	8565
Género				
Mujer	56	1525	6389	9770
Hombre	0	11	552	563
Mujer trans	0	1	7	8
Hombre trans	0	0	24	24
Edad				
<18 años	8	91	489	588
>18 años	4	1445	6483	7932
Desconocido	44	1	0	45
Número de consultas de consejería y otorgamiento de métodos anticonceptivos*	19	5	101	106
Género				
Mujer	19	635	3902	4556
Hombre	0	3	425	428
Mujer trans	0	0	3	3
Hombre trans	0	0	11	11
Edad				
<18 años	0	51	291	342
>18 años	0	587	4050	4637
Desconocido	19	9	9	37

INDICADOR	2022	2023	2024	TOTAL
Métodos anticonceptivos entregados*+	29	639	4410	5078
Condón masculino	15	47	353	415
DIU/SIU	0	17	7	24
Inyectable	4	100	910	1014
Implante	4	139	574	717
Condón femenino	0	4	22	26
Anticoncepción de emergencia	0	1	40	41
Orales combinado	3	106	1256	1365
Desconocido	3	217	1162	1382
Diafragma	0	0	1	1
Espermicida	0	0	1	1
Ligadura de trompas / vasectomía	0	8	8	16
Métodos naturales	0	0	76	76
Personas gestantes atendidas*	5	29	424	458
<18 años	0	5	47	52
>18 años	1	24	377	402
Desconocido	4	0	0	4
Casos de violencia sexual atendidos*	26	38	174	238
Género				
Mujer	26	36	158	220
Hombre	0	1	12	13
Mujer trans	0	1	2	3
Hombre trans	0	0	2	2
Edad				
<18 años	8	23	28	59
>18 años	0	15	146	161
Desconocido	18	0	0	18
Tiempo transcurrido desde la agresión				
<72 h	0	15	64	79
>72 h	0	0	8	8
Desconocido	26	23	102	151

Fuente: elaboración propia con datos de **MdM**.
* En Esquipulas no se realizan actividades de detección y manejo de cáncer cervicouterino, por lo que no se incluyen.
** Todas las atenciones fueron provistas por el área médica o de enfermería.
- No existen registros o la atención no se brinda dentro del paquete de servicios de **MdM**.

En el periodo de 2022 a 2024, hubo un aumento considerable en la demanda y provisión de servicios de **SSR** en los proyectos de **MdM E** en Honduras. El incremento en la entrega de anticoncepción de emergencia en 2024, puede vincularse a la regulación de su uso en el país en los últimos años, que se ha acompañado de campañas de comunicación que informan sobre su uso y disponibilidad en los servicios.

4 • ANÁLISIS COMPARATIVO



Figura 17. Esquema para el análisis comparativo

Una vez revisado el marco político, normativo y operativo de México, Guatemala, El Salvador y Honduras, en esta sección se hará un análisis comparativo, que se centrará en la identificación de facilitadores, barreras y retos que enfrentan las mujeres y población LGBTIQ+ para atender sus necesidades de salud sexual y reproductiva. La información se ordenó en bloques temáticos por país (ver Figura 1).

Aunque la presentación de contenidos del informe se realizó a nivel nacional y subnacional, para este apartado analítico se ha optado por mantener una comparación a nivel nacional. Se ha decidido optar por este enfoque porque las políticas de **SSR** en los cuatro países emanan de órganos rectores centrales (como los Ministerios de Salud y Secretarías de Estado); y las leyes tienen un alcance federal o nacional. En este contexto, una comparación subnacional diluye la fortaleza del análisis dado que se documentaron diferencias excepcionales entre los marcos nacionales y subnacionales. En contraste, adoptar enfoque nacional permite contrastar cómo cada Estado, como unidad soberana, garantiza o limita el derecho a la salud de la población migrante.



« SISTEMA DE SALUD

La atención a la salud en la región está caracterizada por una fragmentación de sistemas; es decir, el acceso depende de la inserción laboral de la persona, desplazando automáticamente a las personas migrantes extranjeras, en tránsito o asentadas informalmente, e incluso aquellas personas desplazadas internas, a servicios de asistencia social que operan bajo condiciones de desfinanciamiento crónico (467).

La siguiente tabla resume la arquitectura institucional de los sistemas de salud, el sustento legal de la protección a la salud y los factores asociados a las capacidades operativas para atender a la población de mujeres y personas LGBTIQ+ migrantes:



Tabla 19. Comparación de sistemas de salud en México, Guatemala, El Salvador y Honduras

DIMENSIÓN	MÉXICO	GUATEMALA	EL SALVADOR	HONDURAS
Sustento legal: Constituciones Políticas	• Art. 4: Reconoce el derecho a la protección de la salud como un derecho humano universal (82).	Arts. 93-95: La salud es un derecho social y obligación del Estado (242).	Art. 65: La salud es un bien público (308).	Arts. 145-146: La salud es un derecho humano integral, sin distinción de nacionalidad (384).
Ente rector y estructura	• Secretaría de Salud (SSA) / IMSS -Bienestar: Rectoría federal. Sistema altamente fragmentado (IMSS , ISSSTE , PEMEX , SEDENA).	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS): Rector del sistema y principal proveedor para población no asegurada.	Ministerio de Salud (MINSAL): Ente rector que coordina el SNIS, integrando al ISSS , FOSALUD y Sanidad Militar.	Secretaría de Salud (SESAL): Ejerce la rectoría. El sistema es fragmentado con baja articulación entre niveles
Organización territorial	• Centralización hacia el OPD IMSS -Bienestar para las entidades federativas adheridas (89).	29 Direcciones de Redes Integradas de Servicios de Salud (DRISS) con descentralización operativa (250).	Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) divididas en cinco regiones sanitarias (311).	20 Regiones Sanitarias (18 departamentales y 2 metropolitanas) (387).
Modelo de atención	• Basado en la Atención Primaria de Salud Integral (APSI), el MAS Bienestar y el MoASMI Énfasis en prevención en el primer nivel (94).	Basado en el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Incluye un enfoque de pertinencia cultural (comadronas) (244).	Modelo de Atención Integral y servicios de emergencia 24/7 a través de FOSALUD .	Modelo Nacional de Salud (MNS). Enfocado en el primer nivel de atención, aunque con brechas de cobertura rural (387).
Financiamiento	• Presupuesto Federal (impuestos generales) para población sin seguridad social. Contribuciones obrero-patronales para el sector formal.	Presupuesto General de la Nación. Cuenta con fondeo específico (impuesto a bebidas alcohólicas) para planificación familiar.	Presupuesto General de la Nación + Impuesto específico de FOSALUD (tabaco, alcohol y armas).	Presupuesto Nacional + Alta dependencia de préstamos externos y donaciones de cooperación internacional.
Población migrante y refugiada	• Ley de Migración (Art. 8). Atención gratuita e inmediata sin importar estatus migratorio (85).	Código de Migración (Art. 13). Reconoce a la mujer migrante como población de atención prioritaria.	Art. 66 Const. Asistencia gratuita para quienes carezcan de recursos, incluyendo extranjeros.	Art. 145 Const. Derecho a la salud no restrictivo para nacionales y extranjeros.
Barreras para el acceso	× Burocráticas. × Exigencia de CURP para apertura de expedientes. × Temor a la detención migratoria en cercanías de hospitales.	× Económicas y Culturales. × Falta de insumos y barreras idiomáticas para población indígena y migrante no hispanohablante.	× Centralización. × Servicios especializados concentrados en San Salvador. × Estigma hacia la diversidad sexual (LGBTIQ+).	× Operativa. × Desarticulación de servicios en fronteras terrestres. × Dependencia casi total de ONG para salud migrante.

Fuente: elaboración propia con información de las fuentes citadas, 2026.

Los cuatro países destinan una cantidad insuficiente de sus Productos Internos Brutos (**PIB**) a la salud: México reportó destinar un 5.2% y El Salvador 6.1% en 2024, lo que les acerca a las recomendaciones de la **OPS** de destinar el 6.7% (**468**). Por su lado, Guatemala destina 2.3% y Honduras 3.4%, según los datos más recientes de 2021 (**351,469–471**). El gasto en salud per cápita revela profundas desigualdades: mientras que México destina 1,138 USD, Guatemala (470 USD), El Salvador (582USD) y Honduras (373 USD) dedican un gasto inferior al promedio en Latinoamérica y el Caribe. En consonancia con esto, el gasto de bolsillo en salud se comporta de manera similar: México (41 USD), Guatemala (54 USD) y Honduras (49 USD) tienen un gasto mayor que el promedio en la región, mientras que el gasto reportado en El Salvador (29 USD) es más cercano a los 34 USD reportados a nivel regional (**472**). Sin embargo, no existe evidencia que indique el gasto de bolsillo que ejercen las poblaciones migrantes a atender sus necesidades de salud durante el tránsito o en los países de acogida.

Para atender la fragmentación de los sistemas, los países han recurrido a varias estrategias, como la federalización de los servicios en el modelo **IMSS – Bienestar**, en el caso de México; o la operación de Redes Integradas de Salud en Guatemala, El Salvador y Honduras. Por otro lado, mientras que México y El Salvador apuestan por modelos de integración (**IMSS-Bienestar** y **SNIS** respectivamente), Guatemala y Honduras mantienen estructuras fragmentadas donde la provisión de servicios además se apoya en la presencia de organizaciones humanitarias en el territorio. Esta dependencia de la cooperación externa amenaza la sostenibilidad de los servicios, aunque se cuentan con diferentes mecanismos de financiamiento, como los impuestos a las bebidas alcohólicas en Guatemala y las medidas presupuestales en destinado al **FOSALUD** en El Salvador, que contribuyen a aliviar la carga financiera de este sistema.



« SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD (SIS) »

La gestión de datos en salud en México, Guatemala, Honduras y El Salvador enfrenta múltiples retos que impactan en la calidad, cobertura y utilidad de la información para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas eficaces. Entre las principales limitaciones se encuentran la fragmentación y la falta de interoperabilidad de los sistemas de información, lo que dificulta la integración y el intercambio de datos entre diferentes instituciones y niveles de gobierno

En el contexto de la movilidad humana, la invisibilidad estadística es una forma de violencia institucional. Si los sistemas no registran la variable "población en tránsito", el Estado no asigna presupuesto para ellos.

Tabla 20. Comparación de sistemas de información de salud en México, Guatemala, El Salvador y Honduras

DIMENSIÓN	MÉXICO	GUATEMALA	EL SALVADOR	HONDURAS
Facilitadores	• Bases de datos abiertas y consolidadas (DGIS). • Plataformas estandarizadas a nivel nacional.	• SIGSA y <i>Sistema de Registro en Salud</i>, sistema integrado en distintos niveles. • Esfuerzos de digitalización.	• Avance acelerado hacia la digitalización del expediente médico bajo el SNIS. • Orientado hacia la digitalización, FOSALUD tiene el objetivo de generar datos en tiempo real.	• Esfuerzos de la OPS por modernizar las salas de situación en zonas fronterizas. • Fases piloto para la digitalización.
Barreras estructurales	• Fragmentación de subsistemas. Subregistro de violencia sexual • Dependencia de la CURP como requisito de acceso.	• Falta de lineamientos claros para el personal sobre cómo registrar a personas indocumentadas sin vulnerar su seguridad. • Fragmentación entre MSPAS e IGSS.	• Enfoque muy clínico, con poca intersección de determinantes sociales (violencia previa, tránsito). • Sistemas de registro binarios que dejan fuera a las personas LGBTIQ+.	• Dependencia de levantamientos de datos paralelos por parte de ONG (ej. Matriz DTM de OIM).
Retos para población migrante / LGBTIQ+	• Inexistencia de un expediente clínico digital único. No se registra la variable de migrante en el SIS. • Subregistro de atenciones fuera de las unidades de salud.	• Carencia de datos epidemiológicos sistematizados sobre población LGBTIQ+ o en tránsito.	• Los sistemas informáticos asumen un domicilio fijo, lo cual es incompatible con la dinámica de la movilidad temporal.	• Sin registros oficiales, las mujeres migrantes que sufren emergencias obstétricas en ruta no son visibilizadas en las estadísticas de planeación de la SESAL.

Fuente: elaboración propia con información de las fuentes citadas, 2026.

La condicionante del acceso a los servicios de salud por documentos de identidad es un muro regulatorio que impacta de manera sustancial en la atención de las personas migrantes y, por ende, en el registro de sus necesidades. En México, la **SCJN** sentenció que la solicitud de la **CURP** a cualquier persona como condición para acceder a los servicios de salud, y en especial aquellas que se encuentran en una situación migratoria irregular, es inconstitucional (473). Sin embargo, aunque la atención en salud debe brindarse por mandato constitucional, el personal de salud a menudo niega el servicio y hay limitaciones importantes para registrar la atención proporcionada a personas migrantes. En el resto de los países, no hay evidencia de cómo los requisitos administrativos impactan en el acceso a servicios o el registro de atenciones de personas en movilidad.

Aunque los cuatro países de la región han dado importantes avances hacia la digitalización de los registros de salud, aun prevalecen retos significativos en este aspecto. Uno de ellos es la transición de registros de papel a digitales, que es una práctica que prevalece en América Central, especialmente en zonas remotas y con deficiente acceso a redes digitales (474). Otro de los grandes retos de los sistemas de información en salud es la fragmentación característica de América Latina, no sólo entre prestadores de servicios de salud, sino entre los tomadores de decisiones y quienes planean o ejecutan la digitalización de los registros (475). Sin embargo, se reconoce que expandir los sistemas de información tendrá efectos positivos para brindar atención a zonas de difícil acceso y especialmente a poblaciones que experimentan dificultades para acceder a los servicios (474), incluyendo a las personas migrantes. Entre países no existen registros compartidos que permitan informar sobre los cambios en materia de salud y la evolución de las necesidades conforme migran las personas. Ante estos retos, organizaciones como MSF han recurrido a sus propios sistemas de información y estrategias de telemedicina para garantizar la continuidad del cuidado (48), aunque estas estrategias resultan insuficientes ante el complejo panorama.

A pesar del reconocimiento explícito en los marcos normativos sobre el respeto a los derechos humanos, la invisibilización tácita de las mujeres migrantes y las personas LGBTQ+ en los formularios de registro, amenaza la disponibilidad de datos que permita monitorear necesidades de **SSR** específicas. Esta brecha afecta de información afecta especialmente el seguimiento de procesos de salud prolongados, como el control prenatal. El caso de la atención a personas que viven con **VIH**, en México es una excepción notable, donde los servicios públicos cuentan con mecanismos consolidados para garantizar el tratamiento y seguimiento de las poblaciones en movilidad (476). No obstante, la falta de registros oficiales se traduce en una pérdida de la historia clínica: sin un expediente que documente antecedentes,

diagnósticos previos o tratamientos iniciados durante la ruta migratoria, cada atención debe iniciar desde cero, lo que fragmenta la atención y se convierte en una barrera para la continuidad del cuidado. Finalmente, la brecha es extensiva para los sistemas de información que instituciones como la **OPS** o **ACNUR** han integrado, los cuales se nutren de los registros nacionales. Esto destaca lo importante de generar y contar con datos de calidad sobre la atención de la población en movilidad, para informar la toma de decisiones a nivel nacional y regional (477).

« POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD PARA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN MIGRANTE »



En términos de atención a la población migrante, en general las Constituciones Políticas reconocen los derechos humanos de todas las personas en sus territorios nacionales y asignan responsabilidades para su protección; sin embargo, las leyes de migración a nivel nacional están formuladas desde una visión de seguridad nacional que impacta en los marcos complementarios de protección (478). La tabla 21 sintetiza el marco legal y normativo en materia de salud para población migrante.

En México y Guatemala, por ejemplo, sí existen leyes secundarias que amparan el derecho a la salud y su protección entre las personas migrantes; mientras que, en El Salvador y Honduras, esta protección está solo mencionada en las constituciones políticas, pero sin un marco normativo complementario que garantice el cumplimiento operativo de esa protección.

México tiene el marco legal y operativo más robusto, dado que tanto la Ley de Migración como el Plan Integral desvinculan la provisión de servicios de la situación jurídica migratoria de la persona de manera explícita. Sin embargo, el acceso sigue mediado por los requisitos administrativos de las instituciones de salud, los cuales en última instancia crean una especie de limbo, donde la aplicación de los marcos legales y su convergencia con las formas de trabajo queda a discreción de los prestadores de servicios de salud.

Tabla 21. Marco legal de migración y salud

ÁMBITO	MÉXICO	GUATEMALA	EL SALVADOR	HONDURAS
Base constitucional de la protección a la salud de personas migrantes	• Art. 4: Derecho a la protección de la salud universal (82) .	• Art. 94: Obligación del Estado sobre salud y asistencia social (242) .	• Art. 65 y 66: La salud es un bien público. Gratuidad para quienes carezcan de recursos (308) .	• Art. 145: Derecho a la salud sin distinciones de nacionalidad (384) .
Ley de Migración y Reconocimiento de Derechos	• Ley de Migración (2011), Art. 8: Garantiza el acceso a servicios educativos y de salud, independientemente de su situación migratoria (85) .	• Código de Migración (Dec. 44-2016), Art. 13: Derecho a la salud, educación y trabajo. Prohíbe la discriminación por estatus (257) .	• Ley Especial de Migración y Extranjería (2019): Enfoque en DDHH , con énfasis en control y regularización. Sin reconocimiento explícito de la protección a la salud (479) .	• Ley de Migración y Extranjería (2003): Marco con enfoque de seguridad, mitigado por decretos de amnistía recientes (405) .
Protocolos Específicos de Salud para Migrantes	• <i>Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante</i> (103) .	• <i>Política Pública de Protección y Atención a la Persona Migrante 2019-2032</i> (258) y <i>Protocolo de Atención a Personas en Flujos Migratorios Mixtos</i> (259) .	• Leyes, políticas y protocolos nacionales enfocados sólo en la población migrante salvadoreña.	• No hay protocolos específicos, aunque sí existe el Centro de Atención al Migrante Retornado.

Fuente: elaboración propia con información de las fuentes citadas, 2026.

Guatemala incluye también de manera explícita en su marco normativo la protección de salud sin importar el status jurídico. En materia de protección específica para mujeres migrantes, Guatemala es el único país de la región que les incluye de manera explícita, en el Código de Migración, el cual establece el acceso a servicios de **SSR** para las mujeres migrantes. Sin embargo, aunque la protección es un hecho jurídico, la situación de los servicios públicos de salud resulta una barrera, extensiva para población nacional y migrante extranjera, en términos del acceso y uso de servicios.

Aunque el marco normativo de El Salvador se ha fortalecido en los últimos años, no hay un reconocimiento explícito de la obligación del Estado de proveer servicios de salud para las personas migrantes. Algo similar ocurre en Honduras, donde, aunque el marco regulatorio sobre migración no es prohibitivo hacia las personas extranjeras, tampoco contempla medidas o estrategias explícitas para la protección de su salud.

« POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA »

En la región, las políticas que amparan la procuración y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva son diversas, e incluyen a la población de mujeres y personas LGBTIQ+ en diferentes medidas. La tabla que se encuentra en la siguiente página sintetiza los documentos encontrados que incluyen la mención explícita sobre atenciones especializadas en mujeres migrantes.

El reconocimiento explícito o la omisión de la condición migratoria de las personas en las soluciones institucionales a las necesidades de salud sexual y reproductiva son clave para comprender el nivel de desprotección o protección que tienen las mujeres y la población LGBTIQ+ migrantes. Mientras México y Guatemala han escalado estas protecciones a nivel de ley y código, Honduras se mantiene en un plano técnico-operativo y El Salvador presenta un vacío normativo crítico.

México cuenta con un marco más robusto, al integrar la condición migratoria en leyes transversales que impactan en el bienestar de las mujeres migrantes. Por ejemplo, al prohibir la acreditación de la situación migratoria para las órdenes de protección, mitiga el miedo a la deportación como una barrera para acceder a servicios de justicia y salud en casos de violencia **(110)**.

Tabla 22. Marco legal, normativo y operativo con contenido de SSR enfocado en población migrante

PAÍS	CONTENIDO RELACIONADO CON SSR PARA MUJERES, NINAS Y POBLACION LGBTIQ+ MIGRANTE
México	• Ley General de Salud (83). Los servicios de SSR son básicos. • Ley General de Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (108). Reconoce de manera explícita los derechos de las infancias migrantes • Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (109). Reconoce que la discriminación por situación migratoria, e incluye la discriminación interseccional. • Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (110). No se puede exigir acreditar situación migratoria para acceder a órdenes de protección. • NOM-007-SSA2-2016 (113). Mandata la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio sin distinción de origen nacional. • NOM-010-SSA-2023 (114) Prohíbe estigmatización de poblaciones en movilidad • Programa de Acción Específico VIH 2020-2024 (115). Reconoce que las mujeres y las personas migrantes se encuentran en una situación de vulnerabilidad adicional que debe ser atendida.
Guatemala	• Ley de Desarrollo Social (260). Reconoce la igualdad de derechos para la población migrante en tránsito, nacional y extranjera. • Ley para la Maternidad Saludable (262). La equidad es uno de los principios rectores, incluye la prestación de servicios con especial atención a mujeres más vulnerables, como las migrantes. • Código de Migración (257). Establece que la falta de documentos no es impedimento para que las mujeres migrantes accedan a servicios de SSR. • Modelo de Atención Integral Dirigido a Personas Migrantes Adultas que han sido Víctimas de Violencia Sexual (263). Contempla a las mujeres y población LGBTQI+ migrantes como grupos prioritarios.
Honduras	• Manual para la atención en planificación familiar (261). Reconoce que las mujeres migrantes o desplazadas se encuentran en situaciones de crisis humanitarias tienen las mismas necesidades en SSR que otras mujeres. • Guía para operativizar los servicios de planificación familiar en la Secretaría de Salud (413). Reconoce que las mujeres migrantes tienen demandas insatisfechas de anticoncepción. • Protocolo de atención integral a personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual (414). Incluye en la historia clínica si la agresión ocurrió en contexto de migración.
El Salvador	• Las políticas, protocolos u otros documentos normativos operativos no incluyen de manera explícita las necesidades de las mujeres y personas LGBTQI+ migrantes.

Fuente: elaboración propia con información de las fuentes citadas, 2026.

Por su lado, Guatemala también incluye medidas para establecer el acceso a los servicios aun en ausencia de documentos migratorios. Por ejemplo, dota a las mujeres migrantes que potencialmente puedan enfrentar negación de servicios de SSR un instrumento legal, a partir del Código de Migración (257). Además, al incluir la equidad como un eje para la atención materna, reconoce a las mujeres migrantes como un grupo prioritario para la atención (262).

En contraste, Honduras ha comenzado a integrar la variable migratoria dentro de sus instrumentos operativos. Al incluir los indicadores de movilidad en el protocolo de atención a VS y en los manuales de planificación familiar, se establecen las bases para generar evidencia sobre las necesidades de SSR de las mujeres y otras poblaciones en tránsito.. Sin embargo, el marco de este país aun tiene espacios para el fortalecimiento en materia de reconocimiento y garantías para la atención dada la vulnerabilidad añadida de las personas migrantes. Finalmente, la ausencia de menciones explícitas en el marco de El Salvador implica una invisibilización sistémica de las necesidades particulares de las mujeres y población LGBTQI+ migrantes, y el reconocimiento de sus necesidades específicas. Además, esta notoria ausencia conlleva un importante riesgo de exclusión, que deja a consideración del personal operativo el funcionamiento de los servicios de atención de SSR para esta población.

CONSEJERÍA Y ENTREGA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El acceso a métodos anticonceptivos se presenta como un abanico de normativas que va desde la vanguardia técnica hasta la restricción operativa. La tabla 5 sintetiza el marco legal y operativo en los cuatro países respecto a este ámbito.

El marco normativo de México es el más claro y explícito, en el que la universalidad de estos servicios se ampara no sólo en la no discriminación, sino en la regulación explícita de que el estatus migratorio no es condicionante para el acceso. Por otro lado, aunque en Guatemala destacan las medidas tomadas para asegurar el financiamiento de anticonceptivos en el sector público, existen barreras estructurales y culturales que inhiben la búsqueda de servicios o impactan en el acceso a ellos, como la discrecionalidad en la provisión de la anticoncepción. Este mismo fenómeno es extensivo para Honduras, lo cual es aún más evidente en la reciente aprobación del uso de la PAE que aun enfrenta importantes retos de acceso, asociados a factores culturales,



pero también de disponibilidad de los recursos. Finalmente, mientras que México, Guatemala y Honduras incluyen de manera explícita a la población migrante en sus marcos operativos para asegurar el acceso a servicios de anticoncepción, El Salvador mantiene una política de invisibilidad, lo cual puede representar una barrera de acceso a servicios de anticoncepción.

Tabla 23. Marco legal, barreras y facilitadores en el acceso a servicios de anticoncepción.

DIMENSIÓN	MÉXICO	GUATEMALA	EL SALVADOR	HONDURAS
Instrumento normativo	NOM-005-SSA2-1993 (116) y Lineamientos Técnicos (2022) (117).	Ley de acceso universal (267).	Lineamientos Técnicos (28, 29)	Acuerdo Ejecutivo 75-2023 y Manual de Planificación Familiar (261).
Métodos incluidos en el servicio público	Universal: todos los métodos temporales y definitivos	Enfocada en hormonales orales/inyectables y métodos de barrera.	Condomes hormonales y métodos definitivos.	Oferta básica ampliada en 2023 para incluir la anticoncepción de emergencia.
Facilitadores	- Disponibilidad de métodos de larga duración gratuitos. - La NOM prohíbe exigir documentos para la entrega.	Fondeo asegurado por ley (268).	-	Redes de atención con alcance comunitario amplio
Barreras para el acceso	- Burocratización de la atención, subordinada a los documentos de identidad. - Falta de sensibilización del personal de salud. - Falta o escasez de insumos.	- Objeción de conciencia no regulada del personal de farmacia/clínica. - Estigmas culturales.	- Falta de protocolos que mencionen explícitamente la entrega a migrantes. - Ausencia de información y campañas focalizadas.	- Alta dependencia de suministros de ONGs en zonas fronterizas. - Estigma para la provisión de servicios anticonceptivos.

Fuente: elaboración propia con información de las fuentes citadas, 2026.

SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES

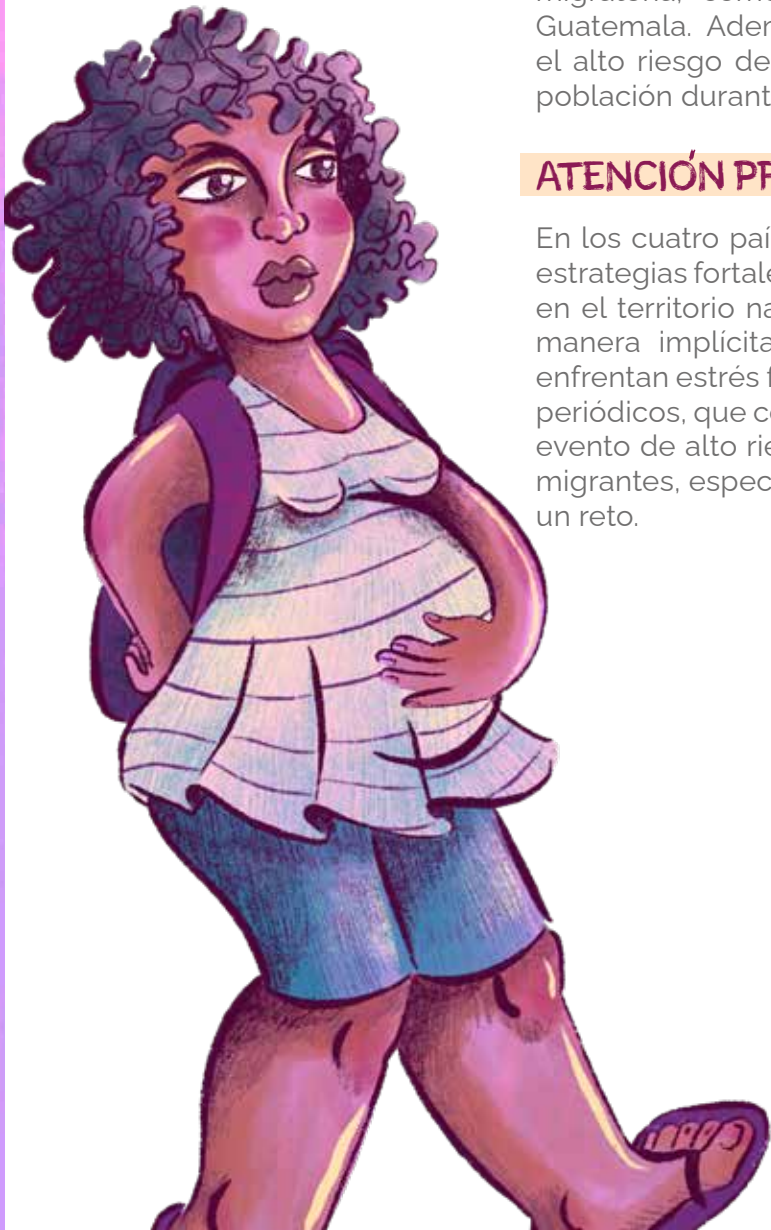


La configuración de flujos migratorios mixtos, cuyo perfil ha cambiado radicalmente en los últimos años para integrar cada vez más familias, mujeres que viajan solas y personas adultas mayores, incluye la presencia creciente de adolescentes, que migran como parte de grupos familiares o solos, que ahora imponen una obligación de atención diferenciada a los sistemas de salud.

Tabla 24. Marco legal, barreras y facilitadores para la atención diferenciada de adolescentes migrantes

ÁMBITO	MÉXICO	GUATEMALA	EL SALVADOR	HONDURAS
Instrumento normativo	- Red Nacional de Servicios Amigables (119). - Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) (122).	- Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes (273). - Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes (PLANEA) (275).	Estrategia para la provisión de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ) (347).	Guía para la Atención Integral de las Personas Adolescentes (419).
Inclusión explícita de adolescentes migrantes	Sí. El marco mandata la atención sin discriminación por status migratorio.	Sí. El Código de Migración incluye la universalidad de servicios (por edad y status migratorio).	No. Los documentos operativos no mencionan acciones específicas para adolescentes extranjeros.	No. Aunque las guías operativas mencionan demandas insatisfechas, no se incluyen medidas específicas.
Facilitadores	Política de no exigencia de tutor legal.	Presencia de otras organizaciones.	Percepción positiva de los servicios entre adolescentes.	Presencia en la red de servicios públicos.
Barreras	- Distribución geográfica desigualdad, barreras culturales de acceso. - Falta de información sobre servicios disponibles.	- Estrategias enfocadas en prevención de embarazo adolescente. - Barreras culturales para la EIS.	- Barreras y dificultades para la EIS, incluyendo falta de información, difícil acceso a los servicios y nociones socioculturales sobre el cuidado de la SSR (350). - Ausencia de la inclusión explícita de adolescentes migrantes.	Enfocado en prevención de embarazo.

Fuente: elaboración propia con información de las fuentes citadas, 2026.



Los problemas en los países de origen, como las nociones sociales y culturales sobre la **EIS**, las uniones tempranas (346), las altas tasas de embarazo adolescente (420), y la exposición a la violencia (480), acompañan a les adolescentes durante el tránsito, quienes sufren vulneraciones constantes asociadas a su edad y su condición migratoria (480). Aunque existe un reconocimiento de la crisis humanitaria que representa la migración de adolescentes no acompañados por la región (480), las problemáticas que atraviesan les adolescentes no son debidamente atendidas.

México es el único país que reconoce explícitamente a las infancias y adolescentes migrantes como sujetas de protección especial, a partir del reconocimiento de las vulnerabilidades que enfrentan. El resto de los países, aunque tienen marcos normativos y operativos enfocados en atender esta población, no incluyen la protección especial para este sector poblacional. Uno de los principales retos es adaptar la atención integral a intervenciones de contacto único para adolescentes que solo están de paso, especialmente en zonas de alta movilidad migratoria, como las fronteras de El Salvador, Honduras y Guatemala. Además, crear estrategias enfocadas en atender el alto riesgo de trata y explotación sexual que enfrenta esta población durante el tránsito y en los países de destino.

ATENCIÓN PRENATAL, OBSTÉTRICA Y POSNATAL

En los cuatro países de la región se reconoce la necesidad de estrategias fortalecidas para atender a las mujeres embarazadas en el territorio nacional. Sin embargo, aunque se reconoce de manera implícita que las mujeres embarazadas en tránsito enfrentan estrés físico extremo, desnutrición y falta de controles periódicos, que convierten el embarazo durante el tránsito en un evento de alto riesgo, la atención de las mujeres embarazadas migrantes, especialmente después del parto, permanece como un reto.

Tabla 25. Marco legal, barreras y facilitadores para la atención prenatal, obstétrica y posnatal

ÁMBITO	MÉXICO	GUATEMALA	EL SALVADOR	HONDURAS
Instrumento normativo	NOM-007-SSA2-2016 (113) y Programa de Acción Específico (127).	Ley para la Maternidad Saludable (262) y Planes estratégicos (277).	Ley Nacer con Cariño (2021) (352) y Protocolos de atención (353).	Protocolo para la Atención Integral en Salud Materna (2024) (422).
Inclusión explícita de adolescentes migrantes	Explicito y Mandatario. Prohíbe la distinción por origen nacional.	Explicito (Vulnerabilidad). Las nombra como grupo de atención especial.	Inexistente (Omisión). No hay mención de población móvil en protocolos.	Operativo. Reconoce necesidades en contextos de crisis humanitaria.
Facilitadores	NOM-007 y gratuidad de emergencias obstétricas asegurada por ley.	- Ley reconoce explícitamente a la población migrante como vulnerable y con necesidades especiales de atención. - Reconoce la equidad y la pertinencia cultural (vinculación con parteras).	Humanización del parto a nivel normativo.	Intervenciones humanitarias focalizadas en referenciación de alto riesgo.
Barreras	Barreras administrativas para el acceso a los servicios que resultan en falta de seguimiento.	Déficit de recursos humanos y materiales para la atención.	Ausencia de medidas específicas.	Sistema público precario.

Fuente: elaboración propia con información de las fuentes citadas, 2026.

En México y Guatemala, la ley declara como prioritaria la atención durante el parto de las mujeres migrantes, sin embargo, en ambos países se enfrentan a factores estructurales que son extensivos para las mujeres nacionales y que están relacionados con la violencia obstétrica que permea los servicios públicos de salud. Aunque Guatemala incluye la vinculación con parteras tradicionales en un esfuerzo por atender la diversidad cultural del país, no contempla otros modelos de atención tradicionales que pueden ser más familiares para las mujeres migrantes, especialmente aquellas de otros contextos no latinoamericanos. El Salvador tiene el marco operativo más garantista sobre el momento del parto en la región; en la normativa está a la vanguardia para reducir las prácticas violentas en la atención obstétrica y promover el apego inmediato, Este; sin embargo, estas garantías no son extensivas de manera explícita a las mujeres migrantes.

En resumen, en México y Guatemala el derecho de las mujeres migrantes a la atención obstétrica está amparado por la ley, en Honduras la protección es operativa y en El Salvador, permea una invisibilidad de las realidades de las mujeres migrantes, que aumenta su vulnerabilidad durante el tránsito.

ACCESO AL ABORTO

De todos los ámbitos de **SSR** explorados en este informe, el acceso al aborto seguro es el de mayor disparidad y violencia institucional en la región. Mientras México avanza hacia un modelo de derechos y despenalización técnica, el resto de los países mantienen marcos de criminalización que impactan de manera desproporcionada a las personas más vulnerables, incluyendo aquellas en movilidad. La siguiente tabla sintetiza el marco legal actual en los cuatro países en este ámbito.

En México, la despenalización progresiva del aborto ha resultado en una materialización del ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres en el territorio nacional, que se hace extensiva a las personas migrantes. Aunque persisten los obstáculos administrativos en el acceso a servicios de aborto seguro públicos para las migrantes, la despenalización también conlleva la existencia de una amplia red de personas acompañantes que opera de manera pública en el nivel social para proveer servicios de aborto seguros gratuitos o a bajo costo para quienes deseen interrumpir un embarazo. Las sentencias de la **SCJN** sobre la inconstitucionalidad de la criminalización del aborto (135) y los límites a la objeción de conciencia (136) son medidas que han desencadenado la inclusión de servicios de aborto seguro en el nivel público en instituciones de salud federales como el **IMSS** o el **ISSSTE**.

En contraste, diversas organizaciones han advertido sobre los peligros que permanecen ante la prohibición y criminalización del aborto en Centroamérica: severos riesgos de mortalidad, maternidad adolescente forzada, alta vulnerabilidad de las mujeres y los infantes nacidos, riesgos asociados a abortos inseguros, etcétera (270,343,357,361,418). Guatemala, Honduras y El Salvador son países en los que la alta restricción sobre el aborto para cualquier persona que lo requiera genera profundas desigualdades en la experiencia de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Tabla 26. Marco legal, barreras y facilitadores para el acceso al aborto seguro

ÁMBITO	MÉXICO	GUATEMALA	EL SALVADOR	HONDURAS
Estatus legal	• Despenalizado en 24 entidades*.	• Penalizado.	• Penalizado.	• Penalizado.
Instrumento normativo	• Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México (139). • Sentencias de la SCJN y reformas a leyes y códigos penales estatales.	• -	• -	• -
Causales permitidas	• Donde no está despenalizado, se reconocen varias causales (131). • Violación es reconocida como causal a nivel nacional.	• Sólo terapéutico.	• Ninguna.	• Ninguna.
Facilitadores	• Promoción de la eliminación de estigmas a nivel operativo.	• -	• Sentencias de la CIDH que actúan como precedentes (356,362,363,365).	• -
Barreras	• Implementación heterogénea en el país. • Oferta de servicios concentrados en ambientes urbanos.	• Condiciones de acceso estrictamente reguladas.	• Detenciones y vulneraciones de los DDHH de mujeres que han abortado, incluso involuntarios. • Múltiples amenazas políticas.	• Criminalización del personal de salud.

Fuente: elaboración propia con información de las fuentes citadas, 2026.



ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL

La ruta migratoria de Centroamérica y México es un corredor donde las personas enfrentan un alto riesgo de violencia sexual, el cual es particularmente grave en el caso de las personas LGBTIQ+ y las mujeres migrantes (48,481,37,36,35). Atender este tipo de agresiones es clave especialmente durante el tránsito, cuando las personas enfrentan además importantes desafíos para acceder a los servicios de salud y justicia.

La atención a la violencia sexual en el corredor migratorio de Centroamérica y México debe entenderse como una intervención de emergencia. La eficacia de los marcos normativos analizados se mide por su capacidad de garantizar el acceso a la profilaxis en el marco de las 72 horas. Al respecto, en México, el reconocimiento explícito de que no se requiere una denuncia para acceder a los servicios de salud **post-VS**, resulta un facilitador para las mujeres y personas LGBTIQ+ migrantes, aunque la información disponible sobre los servicios y la no-obligatoriedad de la denuncia no es accesible. En contraste, en contextos como El Salvador o Guatemala, la obligación de denunciar representa una barrera de acceso, disuadiendo a las sobrevivientes de buscar atención médica por miedo a represalias legales o administrativas. En el corredor migratorio Centroamérica-México, al igual que en toda la ruta migratoria por el Latinoamérica, la necesidad de continuar con el tránsito migratorio es también un reto para el acceso a servicios, especialmente considerando los tiempos de respuesta de las redes públicas.

La protección frente a la violencia sexual en la región presenta una asimetría normativa. Mientras el marco mexicano ofrece una ruta de atención basada en derechos, en los marcos centroamericanos se incluyen importantes avances técnicos, pero se mantienen mecanismos operativos que impactan sobre el bienestar y el restablecimiento de la dignidad de la persona sobreviviente. Estas barreras de acceso se agravan de manera desproporcionada debido a la penalización de la interrupción del embarazo. En casos de **VS**, si la anticoncepción de emergencia falla, es tardía o es negada por barreras operativas, el sistema sanitario ejerce una revictimización institucional y obliga a maternidades en contextos de trauma y desplazamiento.

Tabla 27. Marco legal, barreras y facilitadores para la atención de violencia sexual

ÁMBITO	MÉXICO	GUATEMALA	EL SALVADOR	HONDURAS
Instrumento normativo	• Ley General de • de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (110). NOM-046-SSA2-2005 (133).	• Ley contra la violencia sexual, explotación y trata de personas (280).	• Ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres (369).	• Protocolo de Atención Integral a Personas Víctimas/ Sobrevivientes de Violencia Sexual (414).
Acceso a profilaxis posexposición (atención médica posviolación)	• Sí, obligatoria y gratuita.	• Sí, disponible en hospitales de referencia	• Sí, como parte de servicios básicos.	• Sí, en hospitales de segundo y tercer nivel.
Facilitadores	• Reconocimiento de la VS como emergencia médica • Servicios con especial énfasis en infancias y adolescencias • Coordinación intersectorial	• Modelo de atención considera a personas migrantes y LGBTIQ+ como prioritarias para la atención.	• -	• La atención es sin discriminación por nacionalidad o status migratorio.
Barreras	• Revictimización en los servicios públicos de salud. • Disponibilidad irregular de insumos en los servicios de salud y justicia.	• Agresiones en "puntos ciegos" retrasan la llegada a clínicas. • Subregistro.	• El subregistro impide cuantificar la magnitud del problema.	• Disponibilidad irregular de insumos en los servicios públicos.

Fuente: elaboración propia con información de las fuentes citadas, 2026.



PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DEL CUELLO UTERINO

Este ámbito resulta uno de los más desafiantes en la atención a las necesidades de las mujeres migrantes. Para ellas, las condiciones de la ruta, la movilidad prolongada, o la permanencia involuntaria en espacios fronterizos, se suma a la presión de necesidades básicas, e impacta en los hábitos de prevención.

Aunque los cuatro países reconocen que la prevención de cáncer cervicouterino es prioritaria debido a las altas tasas de prevalencia y estar entre las primeras causas de muerte de las mujeres, existen dificultades que impactan en la capacidad de prevenirlo, detectarlo y atenderlo oportunamente en las mujeres migrantes.

Los cuatro países contemplan la vacunación como una medida preventiva clave, sin embargo, la cobertura es desigual y en niñas migrantes, incierta. A la par, aunque el tamizaje se integra a los niveles primarios de atención, la posibilidad de referir oportunamente a las mujeres migrantes, especialmente en contextos con alta concentración de servicios en las capitales genera una barrera de acceso a la atención de lesiones precancerosas de manera oportuna. Independientemente de los marcos normativos y operativos, la pérdida de seguimiento es una de las principales dificultades, pues la población migrante prioriza su proceso migratorio.



Tabla 28. Marco legal, barreras y facilitadores para la prevención, detección y manejo de cáncer cervicouterino

ÁMBITO	MÉXICO	GUATEMALA	EL SALVADOR	HONDURAS
Instrumento normativo	• Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 (112).	• Plan estratégico para la prevención y control de cáncer cervicouterino 2023-2030 (286).	• Ley para la Prevención, Control y Atención de los Pacientes con Cáncer (373). • Lineamientos técnicos (374).	• Protocolo de Tamizaje y Tratamiento de Lesiones Premalignas para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (435).
Facilitadores	• Campañas de salud extramuros.	• Las condiciones de desabasto del servicio público están fortalecidas por la presencia de organizaciones sociales.	• Tamizaje en el primer nivel de atención.	• x -
Barreras	• Tiempos de entrega de resultados incompatibles con los tiempos migratorios.	• No hay disposiciones específicas para atender a población migrante. • Alta centralización de servicios en la capital.	• Ausencia de estrategias específicas para mujeres migrantes.	• Cobertura de servicios enfrenta dificultades constantes.

Fuente: elaboración propia con información de las fuentes citadas, 2026.

5. CONCLUSIONES



Al observar el espectro completo de los marcos normativos y operativos para la atención a la **SSR**, la región se configura como altamente diversa y con importantes desafíos para garantizar el ejercicio efectivos de los derechos sexuales y reproductivos y la autonomía reproductiva de las mujeres y personas LGBTIQ+ migrantes. El marco legal va desde el conservadurismo penal (Honduras y El Salvador), a una protección nominal pero restringida (Guatemala), hasta llegar a un marco federal avanzado, pero de implementación heterogénea e inequitativa (México).

El análisis de la situación de las personas migrantes en relación con el acceso a los servicios de **SSR** en México, Guatemala, El Salvador y Honduras revela una marcada desigualdad estructural que obstaculiza el ejercicio pleno de este derecho. Las barreras identificadas no solo se vinculan con la precariedad de los sistemas de salud, sino también con la persistencia de marcos normativos restrictivos, prácticas institucionales discriminatorias y condiciones socioculturales adversas.

La siguiente tabla resume esta serie de facilitadores y barreras para el acceso a la salud y derechos sexuales y reproductivos en la región:

Tabla 29. Barreras y facilitadores para la atención de la SSR en México, Guatemala, El Salvador y Honduras

DIMENSIÓN	FACILITADORES	BARRERAS
Legal	- Los países están adscritos a tratados internacionales que garantizan el derecho a la salud para población en movilidad. - Derecho a la salud de las personas migrantes reconocidos en las constituciones políticas.	Criminalización o invisibilización de la migración irregular.
Normativa	Reconocimiento legal de la necesidad de la protección de salud especial para las personas migrantes	Ausencia de protocolos específicos para población LGBTIQ+ migrante.
Administrativa	Voluntad política en marcos nacionales.	Acreditación de estatus migratorio como requisito.
Sistémica	Presencia de actores no gubernamentales (MSF, ONU, ACNUR).	Desfinanciamiento y desarticulación de los sistemas públicos.
Informativa	Fortalecimiento de canales de información sobre derechos y servicios a personas en movilidad	Ausencia de información epidemiológica específica sobre las necesidades de las personas migrantes.
Sociocultural	Redes de apoyo comunitario y religioso en zonas de alto tránsito.	Estigma, discriminación y barreras idiomáticas.
Técnica	Fortalecimiento de capacidades técnicas, apoyado por agencias de cooperación internacional.	Falta de capacitación y sensibilización al personal de salud.

Fuente: elaboración propia con información de las fuentes citadas, 2026.

La revisión documental permitió identificar una serie de facilitadores clave que pueden constituir puntos de inicio para el fortalecimiento de la respuesta institucional. Entre estos destacan:

- (1) la actuación de organizaciones de la sociedad civil que brindan servicios de **SSR** en contextos migratorios;
 - (2) la cooperación internacional y el financiamiento de programas que promueven la salud y los derechos sexuales y reproductivos;
 - (3) la implementación, aunque aún limitada, de protocolos específicos para atención a población migrante; y
 - (4) la articulación entre actores estatales y no estatales en ciertas localidades fronterizas.

Aunque la infraestructura humanitaria internacional (**Médicos del Mundo, MSF, ONU, ACNUR, y otras organizaciones**) es clave en la región, especialmente para atender las necesidades de **SSR** por la cartera de servicios integrales y no discriminatorios, es insostenible a largo plazo. La articulación entre actores estatales y no estatales en zonas fronterizas es un paso positivo, pero insuficiente si no se traduce en políticas regionales permanentes, especialmente en un contexto post-2025, en el que la asistencia humanitaria enfrenta importantes desafíos debido a la reducción significativa en el financiamiento y nuevos retos de acceso humanitario.

Entre las principales barreras documentadas destacan:

- (1) el acceso limitado o inexistente a servicios de SSR en contextos migratorios, especialmente para personas en tránsito y en situación irregular;
 - (2) la ausencia de protocolos específicos que consideren las necesidades particulares de mujeres, adolescentes y personas **LGBTIQ+** migrantes;
 - (3) la discriminación y estigmatización por parte del personal de salud;
 - (4) la carencia de información accesible y culturalmente pertinente; y
 - (5) las restricciones legales al aborto y a otros servicios de salud reproductiva, particularmente en El Salvador y Honduras.



Los sistemas de información en salud de México, Guatemala, Honduras y El Salvador enfrentan múltiples limitaciones que afectan la calidad y utilidad de la información para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas eficaces. Entre éstas se encuentran la fragmentación y la falta de interoperabilidad de los sistemas de información, lo que dificulta la integración y el intercambio de datos entre diferentes instituciones y niveles de gobierno de estos países. Tampoco cuentan con sistemas preparados para desagregar y analizar datos de población migrante, o de la población LGBTIQ+.

Estas dificultades conllevan una invisibilidad estadística de las mujeres y personas LGBTIQ+ migrantes en los sistemas de salud. Aunque la investigación integró la búsqueda intencionada de información oficial sobre la atención en **SSR** brindada por los servicios públicos a mujeres migrantes y población LGBTIQ+ en tránsito, se constató la ausencia de información desagregada a nivel local, subnacional y nacional. Los **SIS** de la región no recaban esta información de forma sistemática ni la reportan diferenciada por estatus migratorio. Esta invisibilidad estadística constituye en sí misma una barrera estructural, impidiendo el diseño de políticas públicas basadas en evidencia y perpetuando la exclusión de las mujeres y personas LGBTIQ+ migrantes de los presupuestos de salud.

En el ámbito de la diversidad sexual, persisten vacíos en el andamiaje legal y normativo. Si bien los marcos legales sostienen el derecho a la salud y la igualdad para todos los ciudadanos, los instrumentos jurídicos limitan la protección de la población LGBTIQ+. Se detectó la ausencia de documentos normativos que reconozcan estas identidades o establezcan lineamientos técnicos para una atención respetuosa e incluyente. Lo cual, vulnera el derecho a un trato digno y libre de estigma, perpetúa la exclusión de un colectivo cuyas necesidades particulares de salud requieren respuestas institucionales desde un enfoque de derechos y respeto a la diversidad.

En la región, el acceso al aborto seguro se mantiene como una deuda histórica en términos de justicia social. La despenalización en algunas zonas geográficas y la criminalización en otras, representa una barrera en el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos, que se acentúa en aquellas personas cuyas condiciones socioeconómicas, sociales y culturales les mantienen inmersas en contextos de pobreza y precariedad, es decir, son las mujeres y personas con capacidad de gestar pobres, racializadas, en movilidad, sobrevivientes de violencia, con capacidades diferentes, quienes más barreras enfrentan para acceder a un aborto seguro.

Aunque en México la despenalización del aborto ha permitido avances en la implementación y el acceso a servicios de aborto seguro, persisten barreras para garantizar el acceso universal, libre y gratuito al aborto, especialmente fuera de la capital mexicana. La interrupción del embarazo en los servicios públicos depende de las normativas estatales y de la operación de los servicios a nivel local. A ello se suman barreras sociales y culturales, como desconocimiento de la disponibilidad y formas de acceso a los servicios, resistencia sociocultural de personal sanitario (por ejemplo, la objeción de conciencia) y falta de difusión precisa de los mecanismos para el acceso a los servicios que garantizan un trato digno y adecuado en los servicios públicos de salud.

Los cambios de contexto en el ámbito migratorio en la región son constantes y abruptos, lo cual influye en las políticas, su implementación, la disponibilidad de servicios, las características de la población, la actualización de la información y los actores que prestan servicios localmente. Las barreras de acceso son agravadas por factores de vulnerabilidad adicionales como la normalización de la violencia, la trata de personas, la pobreza y la exclusión de redes de protección institucional. Factores determinantes como la discriminación y la limitada cobertura sanitaria en zonas rurales y fronteras restringen el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. El resultado es una profundización de las desigualdades en salud, que limita de manera significativa la capacidad de las personas migrantes para ejercer su autonomía reproductiva y acceder a servicios seguros y dignos.

Si bien la exigencia de documentos de identidad, como la **CURP** en México, representa un cuello de botella administrativo para el acceso a servicios, el análisis normativo realizado revela que la precariedad estructural de los sistemas de salud es la principal condicionante del pleno ejercicio del derecho a la salud. La falta de insumos, el desabasto de insumos (incluyendo anticonceptivos), la ausencia de personal sensibilizado, la saturación de los servicios y la invisibilización normativa de las necesidades de SSR de las mujeres y personas LGBTIQ+ migrantes son las barreras que afectan la atención, independientemente del status migratorio de la persona e, incluso, del país donde se encuentre.

Aunque no está documentado en la literatura, en la práctica, existe una desconexión entre los tiempos de tránsito y los tiempos de atención es también una barrera crítica para la continuidad del cuidado. Mientras que la movilidad es un proceso de avance constante, los protocolos de atención y los tiempos de respuesta a necesidades de SSR, como el embarazo, el tamizaje del cáncer o el seguimiento de condiciones crónicas como **VIH**, están generalmente diseñados para población

estable, a quienes se les puede garantizar un seguimiento de largo plazo. La incompatibilidad del modelo de atención en salud con la realidad de la población migrante, es otra barrera para el acceso, que puede atenderse a partir de modelos de contacto único que resuelvan necesidades inmediatas pero que se fortalezcan con estrategias de atención longitudinal.

Más allá del marco normativo, existen barreras de acceso geográfico y cultural que el equipo de **MDM** ha podido observar de primera mano, que profundizan la exclusión de las mujeres y personas LGBTIQ+ migrantes. La centralización de los servicios en las capitales o centros urbanos, la ausencia de intérpretes, la falta de pertinencia cultural e incluso los costos asociados al acceso a la atención se suman al estigma y la discriminación para operar como barreras de facto que pueden disuadir la búsqueda de atención. Al respecto, en el análisis se hace evidente la hegemonía del idioma español y la visión biomédica occidental que excluyen a comunidades indígenas, extra-continetales o extra-regionales no hispanohablantes. Para estas poblaciones, la ausencia de intérpretes, mediadores interculturales o personal de salud capacitado para brindar atención intercultural es una brecha en el diseño de los servicios que parte de considerar a las personas migrantes como un conjunto homogéneo, y que culmina en su exclusión e invisibilización.

En el contexto latinoamericano, los sistemas de salud enfrentan desafíos derivados de sus debilidades estructurales, la insuficiencia de recursos y las desigualdades sociales. A esto se suma la fragmentación del sector salud en entidades públicas, privadas y de seguridad social, la carencia de acuerdos regionales y la multiplicidad de actores involucrados, lo cual genera un entramado complejo que dificulta la gestión y el intercambio eficiente de información para la atención integral de las personas migrantes. Todas estas características, extensivas para la población nacional y en tránsito, impactan en la capacidad de respuesta de los sistemas a las necesidades de **SSR**.

Para concluir, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en el corredor migratorio no depende únicamente de la voluntad política o la flexibilización de trámites, sino de una transformación profunda de los marcos políticos, normativos y operativos. La desprotección que enfrentan de manera regular las mujeres y personas LGBTIQ+ migrantes emana no solo de una potencial irregularidad migratoria, sino de un sistema que penaliza la movilidad y la diversidad. Garantizar la autonomía reproductiva en la ruta exige entonces transitar de aproximaciones basadas en el control de la salud al empoderamiento y acompañamiento, donde la dignidad sea el centro de las intervenciones.

En síntesis, la atención de la **SSR** de las personas migrantes en los países incluidos en este informe está determinada por un entramado complejo de barreras estructurales y sociopolíticas. No obstante, esta coyuntura también puede representar una oportunidad de transformación institucional que favorezca la implementación de los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad, así como el diseño de políticas públicas con la participación de las comunidades migrantes, que respondan al contexto actual.

5.1 | LIMITACIONES DEL INFORME

Este trabajo no constituye una revisión sistemática de literatura, por lo que no se orienta a responder una pregunta de investigación específica ni a contrastar hipótesis de manera formal. Se trata de una revisión narrativa cuyo propósito es sistematizar información disponible en un contexto determinado, a partir de temas previamente definidos y ajustados a los objetivos de este informe. En este sentido, la selección de fuentes fue de carácter intencionado y basada en la relevancia para los fines de este documento.

El alcance de esta revisión es limitado, tanto por la disponibilidad de información, como por la posibilidad de generalizar los hallazgos. No obstante, permite aportar evidencia significativa sobre las condiciones de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para personas migrantes, especialmente mujeres y población LGBTIQ+, en contextos específicos de México y Centroamérica. Asimismo, ofrece elementos útiles para la formulación de estrategias que promuevan la equidad en salud y la inclusión de poblaciones en situación de movilidad.



6

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. Organización Internacional para las Migraciones. Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2024 [Internet]. 21 de mayo de 2020 [citado 5 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2024>
2. Organización Internacional para las Migraciones. Tendencias de Migración en las Américas [Internet]. Panamá; 2025 [citado 5 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://lac.iom.int/sites/g/files/tmzbd12601/files/documents/2025-02/q4-2024-tendencias-migratorias-en-las-americas.pdf>
3. Soto AGR, Meissner D, Selee A. Facing New Migration Realities U.S.-Mexico Relations and Shared Interests [Internet]. Migration Policy Institute; 2025. Disponible en: https://www.migrationpolicy.org/sites/default/files/publications/mpi_us-mexico-relations-migration-2025-final.pdf
4. UNICEF. Periodos en movimiento [Internet]. 2024; diciembre de 2023 [citado 12 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/informes/periodos-en-movimiento>
5. Organización Internacional para las Migraciones. Grandes Movimientos de Migrantes Altamente Vulnerables en las Américas Provenientes del Caribe, Latinoamérica y Otras Regiones [Internet]. 21 de mayo de 2020 [citado 5 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://publications.iom.int/books/grandes-movimientos-de-migrantes-altamente-vulnerables-en-las-americas-provenientes-del>
6. Giourguli-Saucedo SE, Lazcano-Ponce E. Migración y salud: el reflejo de la inequidad social global y la necesidad de investigación en salud pública. Salud Pública de México. 26 de enero de 2024;66(2, mar-abr):115-6. doi:10.21149/15530
7. Center for Gender and Refugee Studies. El retorno de Trump: Medidas ejecutivas que amenazan los derechos y la protección de las personas refugiadas y migrantes. Memorando para organizaciones de la sociedad civil [Internet]. 2025. Disponible en: https://cgrs.uclawsf.edu/sites/default/files/Trump_EO_Spanish_Factsheet_01.24.2025_FINAL.pdf
8. Alarcón R, Calva L. A 50 días del segundo mandato de Trump: la deportación de mexicanos desde el interior de Estados Unidos. Gaceta Migratoria [Internet]. 2025;2(2). Disponible en: https://observatorios.colef.mx/opomidh/wp-content/uploads/2025/07/Gaceta_migratoria_-_Vol2_Num2_Abr25_vc.pdf
9. Amnistía Internacional. EEUU: Vidas en el limbo. Las devastadoras consecuencias de las políticas de Trump sobre migración y asilo [Internet]. febrero de 2025 [citado 23 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/documents/amr51/9029/2025/es/>
10. Organización Panamericana de la Salud. Principales cifras y tendencias migratorias en la región [Internet]. 2025. p. 6. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/salud-migracion-mar-abr-2025-es.pdf>
11. Organización Internacional de las Migraciones. Boletín de Estadísticas Migratorias para México Enero a agosto 2025 [Internet]. México; 2025. Disponible en: https://mexico.iom.int/sites/g/files/tmzbd1686/files/documents/2025-11/boletin-de-estadisticas-migratorias_ene_ago-2025-1.pdf
12. Mixed Migration Centre. Latin America and the Caribbean, Quarter 2, 2025 [Internet]. 2025 [citado 12 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://mixedmigration.org/resources/quarterly-mixed-migration-update-lac-q2-2025/>
13. Unidad de Políticas Migratoria, Registro e Identidad de Personas. Boletín mensual de estadística migratoria 2025 [Internet]. Ciudad de México; 2026. Disponible en: http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadisticas/Boletines_Estadisticos/2025/Boletin_2025.pdf
14. UNHCR. Mexico Factsheet. March 2025 [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.acnur.org/mx/sites/es-mx/files/2025-03/Mexico%20Operation%20Fact%20Sheet%20Mar%202025%201.pdf>



15. Médecins Sans Frontières. Unwelcome - The devastating human impact of migration policy changes in the United States, Mexico and Central America - Mexico [Internet]. Médecins Sans Frontières; agosto de 2025 [citado 5 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/mexico/unwelcome-devastating-human-impact-migration-policy-changes-united-states-mexico-and-central-america>

16. Rodríguez PL. Consecuencias del nuevo paradigma migratorio en México: ¿hacia un cambio de modelo de gestión pública de la migración? Norteamérica, Revista Académica del CISAN-UNAM. 2 de julio de 2025;20(2). doi:10.22201/cisan.24487228e.2025.2.707

17. Devi S. Aid cuts prompting a shift in migration policy. The Lancet. abril de 2025;405(10487):1329. doi:10.1016/S0140-6736(25)00764-0

18. Advocacy Working Group. Global impact of funding cuts on children and their protection in humanitarian contexts [Internet]. 2025 [citado 23 de febrero de 2026]. Disponible en: https://alliancecpa.org/sites/default/files/technical/attachments/Global%20impact%20of%20funding%20cuts%20on%20children%20and%20their%20protection%20in%20humanitarian%20contexts_English__o.pdf

19. ICVA. El impacto de la suspensión de la financiación estadounidense [Internet]. 18 de febrero de 2025. Disponible en: <https://www.icvanetwork.org/uploads/2025/02/El-impacto-de-la-suspension-de-la-financiacion-estadounidense.pdf>

20. Cabieses B, Velázquez B, Blukacz A, Farante S, Bojórquez I, Mezones-Holguín E. Intersections between gender approaches, migration and health in Latin America and the Caribbean: a discussion based on a scoping review. The Lancet Regional Health. 2024;40. doi:<https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100538>

21. Ariza M, Jiménez Chaves F. Migración femenina e interseccionalidad: El trabajo reproductivo de las inmigrantes latinoamericanas en México. Rev interdiscip estud género col Méx. 19 de diciembre de 2022;8:1-42. doi:10.24201/reg.v8i1.957

22. Programa Regional de la Iniciativa Spotlight para América Latina. Los procesos migratorios en la incidencia de la violencia contra las mujeres y niñas. Centroamérica, México y República Dominicana. [Internet]. 2021. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/e1_informe_final_ccrev_07082022.pdf

23. Quintino-Pérez F, Montoya A, Gómez-López D, Vázquez-Aguilar E, Cortés Alcalá R, Leyva-Flores R. Dinámica de movilidad y salud de mujeres migrantes en México, en el contexto de la pandemia Covid-19, 2021-2022. Salud Publica Mex. 26 de enero de 2024;66(2, mar-abr):137-49. doi:10.21149/14812

24. Organización Internacional para las Migraciones. Proyecto Migrantes Desaparecidos [Internet]. [citado 12 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://missingmigrants.iom.int/es>

25. Garbett A, De Oliveira Tavares NC, Riggirozzi P, Neal S. The paradox of choice in the sexual and reproductive health and rights challenges of south-south migrant girls and women in Central America and Mexico: A scoping review of the literature. Journal of Migration and Health. 2023;7:100143. doi:10.1016/j.jmh.2022.100143

26. Castaño, Violeta. Mujeres adolescentes en crisis: la vida en contextos de movilidad en la región de Centroamérica y México [Internet]. Plan Internacional España; 2023. Disponible en: <https://plan-international.org/uploads/2023/03/Full-report-available-in-Spanish-only.pdf>

27. Temores-Alcántara G, Infante C, Caballero M, Flores-Palacios F, Santillanes-Allande N. Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. Salud Pública de México. junio de 2015;57(3):227-33.

28. Letona P, Felker-Kantor E, Wheeler J. Sexual and reproductive health of migrant women and girls from the Northern Triangle of Central America. Panam Salud Publica. 2023. doi:10.26633/RPSP.2023.59



29. Bojórquez-Chapela I, Leyva-Flores R, Gómez-López D, Vázquez EK, Cortés-Alcalá R. Forced migration and psychological distress among migrants in transit through Mexico. Salud Pública de México. 26 de enero de 2024;66(2, mar-abr):173-81. doi:10.21149/14829

30. REDODEM. Migrar en México: Saturación en espacios de acogida, desprotección y riesgos. Informe anual descriptivo 2023 [Internet]. REDODEM; 2023. Disponible en: <https://redodem.org/wp-content/uploads/2026/02/Informe-2023-Completo.pdf>

31. Piérola, Martha, Rodríguez, Marisol. Migrants in Latin America: Disparities in Health Status and in Access to Healthcare [Internet]. Iner-American Development Banl; 2020 [citado 6 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/en/publications/english/viewer/Migrants-in-Latin-America-Disparities-in-Health-Status-and-in-Access-to-Healthcare.pdf>

32. PanAmerican Health Organization, Centers for Disease Control. Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries [Internet]. 2012 [citado 5 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3471/Violence%20Against%20Women.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

33. Amnistía Internacional. Víctimas invisibles. Migrantes en movimiento en México [Internet]. Amnistía Internacional; 2010. p. 48. Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/documents/amr41/014/2010/es/>

34. Martínez G. Mujeres migrantes: cuerpos sin derechos. Heridas abiertas [Internet]. 9 de octubre de 2023 [citado 24 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.heridasabiertas.com/mujeres-migrantes-cuerpos-sin-derechos/>

35. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Los procesos migratorios en la incidencia de la violencia contra las mujeres y niñas. Centroamérica, México y República Dominicana [Internet]. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) / Organización Internacional para las Migraciones (OIM); 2021. p. 140. Disponible en: https://www.spotlightinitiative.org/sites/default/files/publication/E1_Informe_FINAL.pdf

36. Cueva-Luna TE, Vazquez-Delgado BD. Continuum de la violencia de género en las narrativas de mujeres centroamericanas forzadas a migrar. Comparative Cultural Studies. 13 de diciembre de 2024;(19):1-22. doi:10.46661/ccselap-11001

37. Gómez López D, Salem Bango L, Tamariz M, Hussain N, Taylor M, Sorrenti S, et al. Interconnected Experiences of Violence Exploring the Nexus of Sexual Violence, Migration, and Asylum Plans for People on the Move (PoM) in Latin America. Journal of Human Trafficking, Enslavement and Conflict-Related Sexual Violence. 16 de septiembre de 2025;6(2):165-92. doi:10.7590/266644725X17528218685762

38. Médicos sin Fronteras. Forzados a huir del Triángulo Norte de Centroamérica: Una crisis humanitaria olvidada. Ciudad de México; 2017.

39. Servin A, Brouwer K, Gordon L, Rocha-Jiménez T, Staines H, Vera R, et al. Vulnerability Factors and Pathways Leading to Underage Entry into Sex Work in two Mexican-US Border Cities [Internet]. [citado 12 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC412591/>

40. Infante C, Aggleton P, Pridmore P. Forms and Determinants of Migration and HIV/AIDS-Related Stigma on the Mexican—Guatemalan Border. Qual Health Res. diciembre de 2009;19(12):1656-68. doi:10.1177/1049732309353909

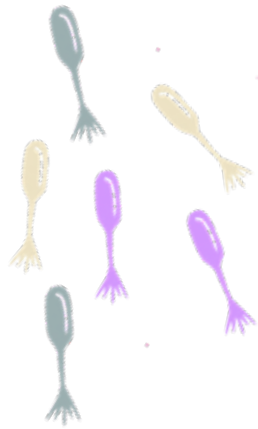
41. Infante C, Idrovo AJ, Sánchez-Domínguez MS, Vinhas S, González-Vázquez T. Violence Committed Against Migrants in Transit: Experiences on the Northern Mexican Border. J Immigrant Minority Health. junio de 2012;14(3):449-59. doi:10.1007/s10903-011-9489-y



- 42.** Ramage K, Stirling-Cameron E, Ramos NE, Martínez SanRoman I, Bojorquez I, Spata A, et al. «When you leave your country, this is what you're in for»: experiences of structural, legal, and gender-based violence among asylum-seeking women at the Mexico-U.S. border. *BMC Public Health*. 2 de septiembre de 2023;23(1):1699. doi:10.1186/s12889-023-16538-2 PubMed PMID: 37659997; PubMed Central PMCID: PMC10474729.
- 43.** Infante C, Leyva-Flores R, Gutierrez JP, Quintino-Perez F, Torres-Robles CA, Gomez-Zaldívar M. Rape, transactional sex and related factors among migrants in transit through Mexico to the USA. *Culture, Health & Sexuality*. 2 de octubre de 2020;22(10):1145-60. doi:10.1080/13691058.2019.1662088
- 44.** Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Migraciones y salud en el norte de Centroamérica. junio de 2023;94.
- 45.** Morales Y. La exclusión por identidad que viven las mujeres trans centroamericanas al entrar a México. Chiapas Paralelo [Internet]. 24 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.chiapasparalelo.com/noticias/2020/09/la-exclusion-por-identidad-que-viven-las-mujeres-trans-centroamericanas-al-entrar-a-mexico/>
- 46.** Instituto Nacional de Migración. Víctimas de trata, 160 migrantes extranjeros entre 2018 y 2023 [Internet]. 2023 [citado 12 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inm/prensa/victimas-de-trata-160-migrantes-extranjeros-entre-2018-y-2023-inm?idiom=fr>
- 47.** Mixed Migration Centre. En la mira: Experiencias de las personas LGBTIQ+ en tránsito a través de las Américas [Internet]. Ciudad de México; 2024. Disponible en: https://mixedmigration.org/wp-content/uploads/2025/02/343_Moving-targets-LGBTIQ-Across-the-Americas_ES.pdf
- 48.** Chacón ML, Brown Da'Silva S, Vásquez Infante G, Gómez-López D, Morales Sánchez CL, Keys HM, et al. "We have to keep moving": perspectives on the challenges and opportunities in providing mental health services for people on the move in Latin America. *Front Psychiatry*. 25 de febrero de 2026;17. doi:10.3389/fpsy.2026.1737063
- 49.** Bernaldes M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M. Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2017;34(2):167-75.
- 50.** Brizuela V, Bahamondes L, Gómez Ponce De León R, Aslanyan G, Feletto M, Bonet M, et al. Fortalecimiento de la investigación local para abordar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas migrantes de Venezuela y América Central. *Panam Salud Publica*. 2023;1-4. doi:10.26633/RPSP.2023.37
- 51.** Colectivo EPUMX. Informe temático sobre la situación de las personas migrantes y sujetas de protección internacional [Internet]. México: Centro de Derechos Humanos Miguel Agustín Pro Juárez, A.C. (Centro Prodh); 2024. p. 48. Disponible en: <https://centroprodh.org.mx/wp-content/uploads/2023/11/Migracion.pdf>
- 52.** Infante C, Aggleton P, Pridmore P. Forms and Determinants of Migration and HIV/AIDS-Related Stigma on the Mexican—Guatemalan Border. *Qual Health Res*. diciembre de 2009;19(12):1656-68. doi:10.1177/1049732309353909
- 53.** Infante C, Vieitez I, Rodríguez C, Nápoles G, Larrea S, Bojorquez I. Acceso a la atención médica para migrantes en la frontera entre México y Estados Unidos: Aplicación de un marco para evaluar las barreras a la atención en México. *Frontiers in Public Health*. 2022;10. doi:10.3389/fpubh.2022.921417
- 54.** Leyva R, Infante C, Quintino F. Migrantes en tránsito por México: situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2016.
- 55.** Liberona Concha N, Piñones-Rivera C, Álvarez Torres C. Consecuencias del orden estructurante de las relaciones interétnicas: Barreras en el acceso a la atención de salud de



- mujeres migrantes y sus familias en Tarapacá. *Chungará (Arica)*. 2023;55(2):0-0. doi:10.4067/S0717-73562023005000502
- 56.** Rainbow Railroad. Desplazamiento forzado queer en México [Internet]. Ciudad de México; 2024. Disponible en: https://issuu.com/rainbow_railroad/docs/informe_desplazamiento_forzado_queer_en_m_xico
- 57.** Vázquez L, Larrea-Schiavon S, Marín T, Muñoz G, Basurto-Alcalde E, Ochoa B, et al. Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020—Informe de la investigación [Internet]. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ipas CAM, Médicos del Mundo, y Population Council; 2021 [citado 16 de febrero de 2026]. Disponible en: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-pgy/1533 doi:10.31899/sbsr2021.1054
- 58.** Baeza F, Cilveti C, Fernández MI, Purcell V, Vásquez C, Hernández GR. Significado de la experiencia del embarazo, parto y puerperio en la mujer migrante en Chile. *Matronas Profesión* [Internet]. 2020;20(4). Disponible en: <https://s3-eu-south-2.amazonaws.com/assetsedmayo/articles/3sIOLIVybtWvJjLaB3UAdMvzoaYolxATK6z2eVee.pdf>
- 59.** Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojorquez-Chapela I, Giraldo-Gartner V, Sobczyk RA, Acosta-Reyes J, et al. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud*. septiembre de 2019;51(3):208-19. doi:10.18273/revsal.v51n3-2019004
- 60.** Cerón A, Ruano AL, Sánchez S, Chew AS, Díaz D, Hernández A, et al. Abuse and discrimination towards indigenous people in public health care facilities: experiences from rural Guatemala. *Int J Equity Health*. diciembre de 2016;15(1):77. doi:10.1186/s12939-016-0367-z
- 61.** Bahamondes L, Laporte M, Margatho D, de Amorim HSF, Brasil C, Charles CM, et al. Maternal health among Venezuelan women migrants at the border of Brazil. *BMC Public Health*. 23 de noviembre de 2020;20(1771):8.
- 62.** Vega Gutiérrez MM, Fernández Niño JA, Rojas-Botero ML. Determinantes del peso al nacer en hijos de mujeres venezolanas migrantes irregulares en Barranquilla y Riohacha. *Revista de Salud Pública*. 1 de julio de 2020;22(4):7.
- 63.** Acosta Reyes J, Fernández Niño J, Rojas Botero M, Bonilla Tinoco L, Aguirre M, Ángel Anillo L, et al. Encuesta longitudinal de salud de mujeres venezolanas en Colombia (ELSA-VENCOL): Primer informe. 30 de marzo de 2023;16.
- 64.** Febres Cordero B, Brouwer KC, Rocha Jiménez T, Fernández Casanueva C, Morales Miranda S. Influence of peer support on HIV/STI prevention and safety amongst international migrant sex workers: A qualitative study at the Mexico-Guatemala border. *PLOS ONE* [Internet]. 5 de enero de 2018;13(1). Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0190787>
- 65.** ONU Mujeres. Documento de Políticas No. 14. No dejar a nadie atrás: acceso a la protección social para todas las mujeres migrantes [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Policy%20Brief%2014_Migration%20and%20social%20protection_ES.pdf
- 66.** Salgado de Snyder VN, Instituto Nacional de Salud Pública, editores. Migración México - Estados Unidos: consecuencias para la salud. 1. ed. Cuernavaca, Morales: INSP; 2007. 57 p. (Perspectivas en salud pública Sistemas de salud).
- 67.** Gómez-López DS, Vázquez-Aguilar E, Ibarra-Pérez V, Leyva-Flores R. Movilidad poblacional y Covid-19 en México: Riesgos y acceso a servicios de salud 2021-2022. Estudio de caso en Matamoros, Tamaulipas [Internet]. 2023 [citado 11 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.insp.mx/novedades-editoriales/movilidad-poblacional-y-covid-19-en-mexico-riesgos-y-acceso-a-servicios-de-salud-2021-2022-estudio-de-caso-en-matamoros-tamaulipas>



68. Llanes-Díaz N, Bojórquez-Chapela I, Odgers-Ortiz O. Oferta de servicios de salud sexual y reproductiva a personas migrantes centroamericanas en Tijuana. *Panam Salud Publica*. 2023;47:1-9. doi:10.26633/RPSP.2023.56

69. Leyva R, Guerra G. Fronteras y salud en América Latina: migración, VIH-Sida, violencia sexual y salud sexual y reproductiva. [Internet]. Mexico: INSP, AECID, UNFPA; 2011. 200 p. Disponible en: https://www.imumi.org/attachments/article/281/frontera_salud_al.pdf

70. Leyva R, Infante C, Serván-Mori E, Quintino F, Silverman-Retana O. Acceso a servicios de salud para los migrantes centroamericanos en tránsito por México [Internet]. Guadalajara: CIESAS; 2015. p. 16. (CANAMID Policy Brief Series). Report PB#05. Disponible en: <https://www.librosciesas.com/producto/canamid-pb-05/>

71. Asamblea General de la ONU. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer [Internet]. 1979. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw_SP.pdf

72. Convención Americana sobre Derechos Humanos. Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) [Internet]. 1978. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf

73. Organización de Estados Americanos. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer «Convención De Belém Do Pará» (1994) [Internet]. 1994. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/356555/convencion_belem_do_para.pdf

74. CEPAL. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo [Internet]. 2013 [citado 25 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo>

75. Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. Declaración de San Salvador [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw57/preparations/Declaracion_San_Salvador_version_FINAL_es.pdf

76. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Experiencias comunitarias de protección a migrantes en tránsito en México [Internet]. México, D.F.; 2015. Disponible en: <https://files.acquia.undp.org/public/migration/latinamerica/2ab1ee5d156b727d38ac983374d364e53b88876ec2eeae554ed9b975c834204a.pdf>

77. Leyva R, Infante C, Quintino F, Dominguez J, Santos E, editores. Migración y redes sociales para la salud sexual y reproductiva: experiencias del Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito por México [Internet]. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2016. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2018/Docs/180724_Migracion_y_redes_ISBN.pdf

78. Foro Ministerial sobre salud y migración. Declaración de Mesoamerica sobre salud y migración. 2017.

79. ACNUR. ACNUR [Internet]. 2017 [citado 25 de febrero de 2026]. Marco Integral Regional para la Protección y Soluciones (MIRPS). Disponible en: <https://www.acnur.org/marco-integral-regional-para-la-proteccion-y-soluciones-mirps>

80. Organización de las Naciones Unidas. Pacto Mundial sobre los Refugiados [Internet]. Nueva York; 2018. Disponible en: https://www.acnur.org/sites/default/files/legacy-pdf/f/5c782d124.pdf?_gl=1*19lwkki*_up*MQ..*_gs*MQ..&gclid=CjwKCAiA2PrMBhA4EiwAwPHyC-zul9SNixkUoaTWtGAY4XaBQt2CLd4jBSWLKUnAW9l4LsLeEE3rI9RoCHuwQAvD_BwE&gbraid-oAAAAADsgwNxguRs9gnj7KgaSbfjOW7ef

81. Bojorquez-Chapela I, Infante C, Larrea-Schiavon S, Vieitez-Martinez I. In-Transit Migrants And Asylum Seekers: Inclusion Gaps In Mexico's COVID-19 Health Policy Response. *Health Affairs*. julio de 2021;40(7):1154-61. doi:10.1377/hlthaff.2021.00085



82. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. 15 de octubre de 2025. p. 402. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

83. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud [Internet]. 7 de junio de 2024. p. 490. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf

84. Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref131_16may22.pdf

85. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley de Migración [Internet]. 25 de mayo de 2011. p. 48. Disponible en: <https://cis.org/sites/cis.org/files/Ley-de-Migracion.pdf>

86. Pelcastre B, Meneses S, Sánchez M, Rueda C, Leyva R. Equidad en el acceso a los servicios de salud [Internet]. Instituto Nacional de Salud Pública; 2021. Disponible en: https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISS_Equidad_acceso.pdf

87. INEGI. Población total según condición de derechohabiencia [Internet]. 2020 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/>

88. Secretaría de Gobernación. Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos del Programa de Atención Integral para el Bienestar de las Mujeres para el ejercicio fiscal 2025 [Internet]. 28 de febrero de 2025. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5750681

89. Secretaría de Gobernación. Decreto por el que se crean los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) [Internet]. 31 de agosto de 2022. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663064&fecha=31%2F08%2F2022#gsc.tab=0

90. IMSS Bienestar. Programa Institucional IMSS-BIENESTAR 2025-2030. [Internet]. 2025 [citado 26 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://sidof.segob.gob.mx/notas/5766928>

91. López-Manning M, Lopez-Ridaura R. La importancia del Servicio Nacional de Salud Pública en la reestructuración del sistema público de salud. *Salud Pública de México*. 2024;66(5):661-9. doi:10.21149/15877

92. IMSS Bienestar. Gobierno de México y 23 estados firman Acuerdo Nacional para la Federalización del Sistema de Salud para el Bienestar [Internet]. [citado 25 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202310/508>

93. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). [Internet]. 2022 [citado 28 de febrero de 2026]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5669707

94. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género, Salud Sexual y Reproductiva. Modelo de atención a la salud con mecanismos incluyentes (MoASMI) [Internet]. Ciudad de México; 2025. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/944996/MoASMI_2__agosto_2025.pdf

95. IMSS Bienestar. Registro en el IMSS-Bienestar [Internet]. [citado 28 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://registro.imssbienestar.gob.mx/>

96. Manchinelly E. El acceso a la salud de la migración irregular en México [Internet]. México: CISS; 2021. Disponible en: <https://home.ciess.org/wp-content/uploads/2023/01/El-acceso-a-la-salud-de-la-migracio%CC%81n-irregular-en-Me%CC%81xico.pdf>



97. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud [Internet]. [citado 27 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-informacion-en-salud-dgis>

98. Bojórquez I, Infante C, Vietiez I, Larrea S, Rodríguez C, Orozco E, et al. ¿Qué está faltando en la política de salud y migración en México? La Jornada Morelos [Internet]. 1 de octubre de 2025 [citado 12 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://insp.mx/ultimas-noticias/que-esta-faltando-en-la-politica-de-salud-y-migracion-en-mexico>

99. Bojórquez-Chapela I, Vieitez-Martínez I, Larrea-Schiavon S, Rodríguez-Chávez C, Eguiluz-Cárdenas I, Orozco-Núñez E, et al. Siete recomendaciones para mejorar la política de salud y migración en México. Salud Pública de México. 26 de septiembre de 2025;67(5 (sept-oct)):523-30. doi:10.21149/16777

100. Gobierno de México. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 [Internet]. 2019 [citado 4 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://sidof.segob.gob.mx/notas/docFuente/5565599>

101. Gobierno de México. Plan Nacional de Desarrollo 2025 - 2030 [Internet]. México; 2025. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/981072/PND_2025-2030_v250226_14.pdf

102. Sosa M, Román R. Aproximaciones al acceso a servicios de salud de la población inmigrante residente en México. En: Migración y salud. Ciudad de México: Consejo Nacional de Población. p. 15-28.

103. Secretaría de Salud. Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante [Internet]. 2019. Disponible en: <https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/PlanIntegralAttnSaludPobMigrante.pdf>

104. Instituto Nacional de las Mujeres. gob.mx [Internet]. 2024 [citado 6 de marzo de 2026]. Portafolio Digital: Promoción de Derechos Humanos de las Mujeres en Contextos de Movilidad. Disponible en: <http://www.gob.mx/historico-instituto/es/articulos/portafolio-digital-promocion-de-derechos-humanos-de-las-mujeres-en-contextos-de-movilidad?idiom=es>

105. Espacio Migrante, Haitian Bridge Alliance, Universidad de California San Diego (UCSD), Pomona College, Centro de Derechos Humanos Fray Matías de Córdova, Médicos del Mundo Francia, et al. Migración Haitiana en México: Estudio diagnóstico de una comunidad en movilidad [Internet]. México: Espacio Migrante / Haitian Bridge Alliance / Universidad de California San Diego (UCSD) / Pomona College / Centro de Derechos Humanos Fray Matías de Córdova / Médicos del Mundo Francia / Iniciativas para el Desarrollo Humano (IDEHU) / Asociación de Refugiados Haitianos en Tapachula (ARHT) / Educación contra el Racismo, A.C. (RacismoMX); 2024. p. 30. Disponible en: <https://cdhfraymatias.org/wp-content/uploads/2024/03/Informe-Migracion-haitiana-en-Mexico-.pdf>

106. Larrea S, Vázquez L, Basurto-Alcalde E, Polgovsky N, Vieitex I. Atención de la salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes: Un mapeo de actores de la sociedad civil en México—2020 [Internet]. Ciudad de México: Population Council; 2021. Disponible en: https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=2641&context=departments_sbsr-rh

107. Congreso de la Unión. Reglamento de la Ley General de Población [Internet]. 14 de abril de 2000. p. 34. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGP.pdf

108. Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes [Internet]. México; 2014. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA.pdf>

109. Congreso de la Unión. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación [Internet]. 11 de junio de 2003. p. 54. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPED.pdf>



110. Congreso de la Unión. Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencias [Internet]. 1 de febrero de 2007. p. 88. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>

111. Secretaría de Salud. NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. [Internet]. 2014 [citado 28 de febrero de 2026]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/6588/salud11_C/salud11_C.html

112. Secretaría de Salud. NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. [Internet]. Diario Oficial de la Federación; 1994 [citado 28 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/2383/SALUD/SALUD.htm>

113. Secretaría de Salud. NOM-007-SSA2-2016 Embarazo, parto y puerperio [Internet]. 2016 [citado 28 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA2-2016%20Embarazo,%20parto%20y%20puerperio.pdf>

114. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA-2023, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana [Internet]. 2022 [citado 28 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://sidof.segob.gob.mx/notas/docFuente/5690938>

115. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico VIH y otras ITS. 2020 - 2024 [Internet]. Ciudad de México; 2021. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/626763/Programa_de_Acci_n_Espec_fico_VIH_ITS2020-2024.pdf

116. Secretaría de Salud. NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. [Internet]. 1994. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/53633/NOM-005-SSA2-1993.pdf>

117. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Métodos Anticonceptivos en México [Internet]. México: Gobierno de México; 2022. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/lineamientos-tecnicos-para-la-prescripcion-y-uso-de-metodos-anticonceptivos-en-mexico-310274>

118. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad. [Internet]. 2019 [citado 28 de febrero de 2026]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/censia/articulos/proyecto-de-norma-oficial-mexicana-proy-nom-047-ssa2-2014-para-la-atencion-a-la-salud-del-grupo-etario-de-10-a-19-anos-de-edad?state=published>

119. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Componente de salud sexual y reproductiva para adolescentes: Directorio de los servicios amigables 2022, Tabasco [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/823386/Tabasco_junio_2022.pdf

120. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL]. El embarazo en la adolescencia y el acceso a educación y servicios de salud sexual y reproductiva: un estudio exploratorio [Internet]. México: CONEVAL; noviembre de 2022. p. 86. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Exploratorio_Fecundidad_Adolescente.pdf

121. González M, Ramos S. Evaluación de la ENAPEA [Internet]. EUROSOCIAL; 2022. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/600726/INFORME_FINAL_EVAL_ENAPEA_14_13_2020.pdf

122. Gobierno de México. Gobierno de México [Internet]. México; 2025. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Disponible en: https://enapea.segob.gob.mx/es/ENAPEA/Que_es_la_ENAPEA



123. Consejo Nacional de Población. Gobierno de México [Internet]. México; 2023. Desciende más del 16 por ciento la tasa de fecundidad de adolescentes. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/prensa/deciende-mas-del-16-por-ciento-la-tasa-de-fecundidad-de-adolescentes-septiembre-2023>

124. Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Guía para la implementación de la Ruta de Atención y Protección Integral para Niñas y Adolescentes Madres y/o Embarazadas (Ruta NAME) [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/678903/Gu_a_para_la_implementaci_n_Ruta_NAME_EditadaVF2021.pdf

125. Instituto Nacional de las Mujeres. gob.mx [Internet]. 2022 [citado 28 de febrero de 2026]. FOBAM. Fondo para el Bienestar y el Avance de las Mujeres. Disponible en: <http://www.gob.mx/historico-instituto/acciones-y-programas/fondo-para-el-bienestar-y-el-avance-de-las-mujeres-fobam-237908>

126. Arvizu V, Del Cid J, Flamand L, Olmeda J. Embarazo temprano en México : un análisis de la implementación descentralizada de la ENAPEA [Internet]. Ciudad de México: El Colegio de México - Red de Estudios sobre Desigualdades; 2022. Disponible en: <https://desigualdades.colmex.mx/embarazo/embarazo-temprano-mexico-analisis-enapea.pdf>

127. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva 2020 - 2024 [Internet]. Ciudad de México; 2021. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE_SSR_24_5_21.pdf

128. GIRE. Aborto bajola lupa. Transparencia y acceso a la información en materia de aborto en México [Internet]. Ciudad de Mexico; 2021. Disponible en: <https://abortobajolalupa.gire.org.mx/wp-content/uploads/2021/04/Aborto-bajo-la-lupa.pdf>

129. Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir. Aborto. De la despenalización al acceso: Contraloría social para el diagnóstico del aborto legal en ocho estados de México [Internet]. Ciudad de México; 2025. Disponible en: <https://ilsb.org.mx/wp-content/uploads/2025/09/resumen-aborto.pdf>

130. GIRE. Información y datos sobre aborto legal en México, violencia obstétrica, muerte materna y otros. [Internet]. [citado 28 de febrero de 2026]. Aborto. Disponible en: <https://gire.org.mx/aborto/>

131. Ipas Mexico. Causales legales para el aborto [Internet]. 2024. Disponible en: https://ipasmexico.org/wp-content/uploads/2024/06/Causales-Legales-para-el-Aborto_junio_2024.pdf

132. Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Víctimas [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.pdf>

133. Secretaría de Salud. NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención [Internet]. 2009 [citado 28 de febrero de 2026]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016#gsc.tab=0

134. Centro de Estudios Constitucionales de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Cuadernos de Jurisprudencia No. 16. Derechos sexuales y reproductivos [Internet]. Suprema Corte de Justicia de la Nación; 2022. Disponible en: https://www.sitios.scjn.gob.mx/cec/sites/default/files/publication/documents/2023-01/CUADERNO%20NUM%2016_DYF_DERECHOS%20SEXUALES_FINAL%20DIGITAL.pdf

135. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Acción de Inconstitucionalidad 148/2017 [Pleno, Min. Luis María Aguilar Morales. Sentencia de 7 de septiembre de 2017] [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/resumen/2022-05/Resumen%20Al148-2017%20DGDH.pdf>



136. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Acción de Inconstitucionalidad 54/2018 [Pleno, Min. Luis María Aguilar Morales. Sentencia de 7 de septiembre de 2017] [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/resumen/2022-05/Resumen%20Al148-2017%20DGDH.pdf>

137. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Amparo en revisión 267/2023 [Internet]. 6 de septiembre de 2023. Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2023-08/230830-AR-267-2023.pdf

138. GIRE. Corte despenaliza el aborto a nivel federal. Información y datos sobre aborto legal en México, violencia obstétrica, muerte materna y otros. [Internet]. 6 de septiembre de 2023 [citado 28 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://gire.org.mx/blog/corte-despenaliza-el-aborto-a-nivel-federal/>

139. Secretaría de Salud. Lineamiento técnico para la atención del Aborto Seguro en México [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-FINAL_Interactivo_22NOV_22-Lineamiento_te_cnico_aborto.pdf

140. Bonifaz Alfonso L, Mora Sierra R. Decriminalization of abortion by the Mexican Supreme Court. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2024;165(1):375-81. doi:10.1002/ijgo.15433

141. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Cuarta Visitaduría General. Informe de la situación del aborto legal, seguro y gratuito en México 2024 [Internet]. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH]; 2024. p. 73. Disponible en: https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/doc/Seguimiento/Informe_ALSG_2024.pdf

142. Human Rights Watch. Navegando Obstáculos [Internet]. HRW; agosto de 2024 [citado 28 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.hrw.org/es/report/2024/08/13/navegando-obstaculos/acceso-al-aborto-en-el-estado-de-mexico>

143. Ipas Latinoamérica y el Caribe. Ipas Latinoamérica y el Caribe [Internet]. [citado 14 de febrero de 2026]. Acceso al aborto seguro en las principales rutas migratorias. Disponible en: <https://ipaslac.org/nuestro-trabajo/migracion-y-acceso-al-aborto-seguro/>

144. INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021. ENDIREH. Nacional [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/nacional_resultados.pdf

145. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. ¿Qué es el Sistema Nacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres? [Internet]. 2024 [citado 28 de febrero de 2026]. Disponible en: <http://www.gob.mx/conavim/articulos/que-es-el-sistema-nacional-de-prevencion-atencion-sancion-y-erradicacion-de-la-violencia-contra-las-mujeres>

146. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. gob.mx [Internet]. 2016 [citado 28 de febrero de 2026]. Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres. Disponible en: <http://www.gob.mx/conavim/acciones-y-programas/alerta-de-violencia-de-genero-contra-las-mujeres>

147. Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas. Dirección General de Evaluación y Consolidación. Protocolo inicial de atención, asistencia y reparación integral a niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia derivada del delito y violaciones a derechos humanos [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.gob.mx/ceav/documentos/protocolo-inicial-de-atencion-asistencia-y-reparacion-integral-a-ninas-ninos-y-adolescentes-victimas-de-violencia-derivada-del-delito-y-vi>

148. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024 [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2020. p. 139. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE_SSR_24_5_21.pdf?utm_source



149. Gobierno de México. Decálogo de Compromisos del Sector Salud para la Prevención y Atención Integral de la Violencia Sexual en Niñas, Adolescentes y Mujeres. [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1048670/Decalogo_Violencia_sexual_Firmado_CNEGSSR__1_.pdf

150. Secretaría de las Mujeres. Lineamientos del Programa de Atención Integral para el Bienestar de las Mujeres [Internet]. 2025. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1021108/Lineamientos_PAIBIM_2025.pdf

151. Presidencia de la República. Primer Informe de Gobierno [Internet]. [citado 28 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.informegobierno.gob.mx/indice/centros-libre-para-las-mujeres>

152. Secretaría de Salud. Programa de acción específico prevención y control del cáncer de la Mujer 2013 - 2018 [Internet]. [citado 28 de febrero de 2026]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-accion-especifico-prevencion-y-control-del-cancer-de-la-mujer-2013-2018-9275>

153. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Informe Especial de las Estancias Migratorias [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2024-02/INFORME%20ESPECIAL%20ESTANCIAS%20MIGRATORIAS.pdf>

154. Instituto Nacional de las Mujeres. Mujeres y movilidad migrante en México. Informe de Políticas Migratorias [Internet]. 2023. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/Mujeres_movilidad_mig

155. CONEVAL. El derecho a la salud para las entidades federativas de México: compendio de indicadores para su diagnóstico [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Compendio_Derecho_Salud_Int.pdf

156. Secretaría de Gobernación. Primer convenio modificatorio al convenio de coordinación que establece la forma de colaboración en materia de personal, infraestructura, equipamiento, medicamentos y demás insumos asociados para la prestación gratuita de servicios de salud, para las personas sin seguridad social, que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) y el Estado de Chiapas [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación [DOF]; 2024. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5718912&fecha=04/03/2024#gsc.tab=0

157. Gobierno de Chiapas. Programa estatal de salud 2019 - 2024 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://saludchiapas.gob.mx/storage/app/uploads/public/625/066/5a5/6250665a5cf3d732807343.pdf>

158. Gobierno de Chiapas. Programa Sectorial de Salud 2025 - 2030 [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.finanzaschiapas.gob.mx/planeacion/Informacion/Prog-Sect/PS-Salud.pdf>

159. Secretaría de Salud de Chiapas. Programa De Atención A La Salud Y Medicamentos Gratuitos Para La Población Sin Seguridad Social Laboral [Internet]. Disponible en: <https://saludchiapas.gob.mx/storage/app/uploads/public/63b/5ed/c7d/63b5edc7d3f51472351484.pdf>

160. Secretaría de Salud de Chiapas. Cartera de servicios de Unidades Médicas de Primer y Segundo Nivel Beneficiadas [Internet]. 2021. Disponible en: <https://saludchiapas.gob.mx/storage/app/uploads/public/63b/5ed/c82/63b5edc82a043314173082.pdf>

161. CAIMFS. Coordinación para la Atención Integral de la Migración en la Frontera Sur [Internet]. 2021 [citado 1 de marzo de 2026]. Disponible en: <http://www.proteccioncivil.gob.mx/en/FronteraSur/MisionVisionAtribuciones>



162. CAIMFS. Guía del Enlace Migratorio en la Frontera Sur [Internet]. [citado 1 de marzo de 2026]. Disponible en: http://www.proteccioncivil.gob.mx/es/FronteraSur/Guia_de_Enlace_Migratorio

163. CAIMFS. Guía para la Atención y Protección de las Mujeres en Contexto de Migración en la Frontera Sur de México [Internet]. Disponible en: https://www.proteccioncivil.gob.mx/work/models/FronteraSur/Documentos/pdf/GAPMM_Final_2022.pdf

164. Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir. Recomendaciones para prevenir el embarazo en adolescentes por medio de los servicios de salud sexual y reproductiva en Chiapas [Internet]. 2021. Disponible en: https://ilsb.org.mx/wp-content/uploads/2021/12/LPN_Incidencia_Chiapas_VF.pdf

165. Ipas México. Información Básica del estado de Chiapas. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx2021-Chiapas.pdf>

166. Congreso del Estado de Chiapas. Ley de la Juventud para el estado de Chiapas (Decreto 342) [Internet]. 17 de septiembre de 2012. p. 23. Disponible en: <https://www.congresochiapas.gob.mx/new/Info-Parlamentaria/ley%20de%20la%20juventud%20para%20el%20estado%20de%20chiapas.pdf>

167. Secretaría de Salud. Chiapas cuenta con 126 Servicios Amigables para prevenir embarazos en adolescentes: Dr. Pepe Cruz. Oye Chiapas [Internet]. 31 de enero de 2024. Disponible en: https://oyechiapas.com/estado/tuxtla-gutierrez/130173-chiapas-cuenta-con-126-servicios-amigables-para-prevenir-embarazos-en-adolescentes-dr-pepe-cruz.html?utm_source

168. Sesia P, Berrio L. Situación actual de la partería indígena en México 2021 - 2022. Chiapas [Internet]. 2023. Disponible en: https://pacificosur.ciesas.edu.mx/wp-content/uploads/2023/12/I.-Chiapas-situacion-actual_compressed.pdf

169. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Acción de Inconstitucionalidad 125/2023 [Internet]. 2023 [citado 1 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/documento/accion-de-inconstitucionalidad-1252023>

170. Congreso del Estado Libre y Soberano de Chiapas. Decreto número 018 por el que se reforma el párrafo cuarto del artículo 4; de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chiapas, en materia de Derechos de las Mujeres y Personas Gestantes [Decreto] [Internet]. 21 de noviembre de 2024. p. 29. Disponible en: <https://www.sgg.chiapas.gob.mx/po2018/archivos/descargas.php?f=C-377-21112024-1967.pdf>

171. GIRE. El aborto y la SCJN: línea de tiempo. Aborto en México | GIRE [Internet]. [citado 1 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://abortomexico.gire.org.mx/el-aborto-y-la-scnj-linea-de-tiempo/>

172. Secretaría de Salud. Directorio de Servicios de Aborto Seguro [Internet]. 2024 [citado 5 de marzo de 2026]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1cbnuYIMO_3RAo4EhgsyqGai4QqraSpo7/view?usp=sharing&usp=embed_facebook

173. INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021. Principales resultados Chiapas [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/07_chiapas.pdf

174. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Reporte de Monitoreo Legislativo sobre la igualdad, no violencia, derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres. Chiapas [Internet]. 2023. Disponible en: https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/doc/RML/7_Reporte_Monitoreo_2023_Chis.pdf

175. Gobierno de Chiapas. Alerta de Violencia de Género [Internet]. [citado 1 de marzo de 2026]. Disponible en: <http://www.alertadegenerochiapas.org.mx/>



176. Secretaría de Salud de Chiapas. Prevención, Detección y Tratamiento del Cáncer Cervico Uterino y Mamario [Internet]. [citado 1 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://saludchiapas.gob.mx/servicios/info/prevencion-deteccion-y-tratamiento-del-cancer-cervico-uterino-y-mamario>

177. ACNUR. Un Hogar en México: Principales Resultados de ACNUR México en 2024 [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.acnur.org/sites/default/files/2025-05/reporte-anual-acnur-mexico-2024.pdf>

178. Bojorquez I. Violencia basada en género y mujeres en contextos de movilidad humana en Tapachula, México [Internet]. México: HIAS / Save the Children; febrero de 2021. p. 38. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/mexico/violencia-basada-en-g-nero-y-mujeres-en-contextos-de-movilidad-humana-en-tapachula-m>

179. Martínez-Solares V. Afrontando riesgos de violencia de género en México: la perspectiva de las personas forzadas a huir [Internet]. noviembre de 2024. Disponible en: <https://www.acnur.org/mx/sites/es-mx/files/2024-11/Afrontando%20riesgos%20de%20violencia%20de%20ge%CC%81nero%20en%20me%CC%81xico%20la%20perspectiva%20de%20personas%20forzadas%20a%20huir.pdf>

180. Espacio Migrante, Haitian Bridge Alliance, Universidad de California San Diego (UCSD), Pomona College, Centro de Derechos Humanos Fray Matías de Córdova, Médicos del Mundo Francia, et al. Migración Haitiana en México: Estudio diagnóstico de una comunidad en movilidad [Internet]. México: Espacio Migrante / Haitian Bridge Alliance / Universidad de California San Diego (UCSD) / Pomona College / Centro de Derechos Humanos Fray Matías de Córdova / Médicos del Mundo Francia / Iniciativas para el Desarrollo Humano (IDEHU) / Asociación de Refugiados Haitianos en Tapachula (ARHT) / Educación contra el Racismo, A.C. (RacismoMX); 2024. p. 30. Disponible en: <https://cdhfraymatias.org/wp-content/uploads/2024/03/Informe-Migracion-haitiana-en-Mexico-.pdf>

181. Morley P, Helton A, Phillips. Un viaje de esperanza: La Migración de Mujeres Haitianas a Tapachula, México. [Internet]. San Francisco CA: Center for Gender and Refugee Studie; 2021. Disponible en: <https://imumi.org/2023/Un-viaje-de-esperanza-La-Migracion-de-Mujeres-Haitianas-a-Tapachula-Mexico.pdf>

182. Schacher Y, Schmidtke R. Pushed into the Shadows: Mexico's Reception of Haitian Migrants [Internet]. Refugees International; 2022. Disponible en: <http://d3jwamoi5codb7.cloudfront.net/wp-content/uploads/2022/04/MexicoReport-April2022-5.20.22-ENGLISH.pdf>

183. CADENA, UNICEF. Periodos en Movimiento: menstruar en la frontera sur de México [Internet]. 2024; diciembre de 2023 [citado 12 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/informes/periodos-en-movimiento>

184. Sánchez-Alemán MA, Rogel-González AE, García-Cisneros S, Olamendi-Portugal M, Vergara-Ortega DN, Rincón-León HA, et al. Alta seroprevalencia de sífilis y herpes genital en migrantes en tránsito en Chiapas, México. Revista Panamericana de Salud Pública. 19 de abril de 2023;47:1. doi:10.26633/RPSP.2023.71

185. Solano NS, Gorn SB, Reyes JG. Sufrimiento social de las personas LGBT en tránsito por México: encuentros y desencuentros institucionales. Aiken Revista de Ciencias Sociales y de la Salud. 30 de junio de 2023;3(1):71-89.

186. Quiroz SQ, Miranda A, Guzmán M. Caracterización de la población migrante y situación de salud en la frontera Tabasco, México-Guatemala. Ciencia y Humanismo en la Salud. 24 de junio de 2020;7(1):17-24.

187. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). Atención de salud reproductiva para personas migrantes en Tapachula, Chiapas [Internet]. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE); 2023. p. 28. Disponible en: https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2023/04/PERSONAS_MIGRANTES.pdf?utm_source



188. Secretaría del Bienestar. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2025 [Internet]. 2025. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/g73001/07065_Palenque_2025.pdf

189. ACNUR. Mapa de servicios para personas refugiadas y migrantes Palenque, Chiapas [Internet]. Disponible en: https://help.unhcr.org/mexico/wp-content/uploads/sites/22/2022/08/2021_MapaPalenque_Web.pdf

190. Organización Internacional para las Migraciones. Indicadores de gobernanza de la migración a nivel local. Estado de Tabasco [Internet]. Ginebra, Suiza: OIM; 2021. Disponible en: <https://mexico.iom.int/sites/g/files/tmzbd1686/files/documents/2023-07/okmgi-resumen-ejecutivo-tabasco.pdf>

191. COPLADET. Programa Especial Transversal Frontera Sur y la Migración Nacional e Internacional [Internet]. Villahermosa, Tabasco; 2019. Disponible en: https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/planeacion_spf/14.%20Programa%20Especial%20Transversal%20Frontera%20Sur%20y%20la%20Migraci%C3%B3n%20Nacional%20e%20Internacional%202019-2024.pdf

*** 192.** Gómez-López DS, Vázquez-Aguilar EK, Batista-Ordaz, Ximena, Guzmán-Moreno M, Leyva-Flores R. Movilidad poblacional y Covid-19 en México: Riesgos y acceso a servicios de salud 2021-2022. Estudio de caso en Tenosique, Tabasco. [Internet]. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2023. Disponible en: <https://www.insp.mx/novedades-editoriales/movilidad-poblacional-y-covid-19-en-mexico-riesgos-y-acceso-a-servicios-de-salud-2021-2022-estudio-de-caso-en-tenosique-tabasco>

193. Secretaría de Gobernación. Primer convenio modificatorio al convenio de coordinación que establece la forma de colaboración en materia de personal, infraestructura, equipamiento, medicamentos y demás insumos asociados para la prestación gratuita de servicios de salud, para las personas sin seguridad social, que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) y el Estado de Tabasco [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación [DOF]; 2024. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5719409&fecha=07/03/2024#gsc.tab=0

194. Secretaría de Salud de Tabasco. Programa Sectorial Salud y Asistencia Social 2019 - 2024.

195. Ipas México. Información Básica del Estado de Tabasco [Internet]. 2021. Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx2021-Tabasco.pdf>

196. Secretaría de Salud de Tabasco. Portal Tabasco [Internet]. [citado 5 de marzo de 2026]. Modelo de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA). Disponible en: <https://tabasco.gob.mx/modelo-de-atencion-integral-la-salud-sexual-y-reproductiva-para-adolescentes-maissra>

197. Secretaría de Salud de Tabasco. Portal Tabasco [Internet]. [citado 5 de marzo de 2026]. Módulos de servicios amigables brindan información y orientación a adolescentes | Portal Tabasco. Disponible en: <https://tabasco.gob.mx/noticias/modulos-de-servicios-amigables-brindan-informacion-y-orientacion-adolescentes>

198. Ramírez M del CC, López EMG. Desafíos para la Educación e Inclusión de Infantes Migrantes en Tabasco. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 5 de septiembre de 2024;8(4):6887-907. doi:10.37811/cl_rcm.v8i4.12873

199. May J. Primer Informe Constitucional de Gobierno [Internet]. Villahermosa, Tabasco: Gobierno de Tabasco; 2025. Disponible en: https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/public_files/primer-informe-2025/1ER_INFORME_GOBIERNO_TABASCO_2025.pdf

200. Congreso del Estado de Tabasco. Decreto 113. 2025.

201. Dirección de Salud Psicosocial, Secretaría de Salud de Tabasco. Si decide interrumpir, estos son los pasos.



202. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Principales resultados del monitoreo legislativo en materia de igualdad, no discriminación, no violencia y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Tabasco 2024 [Internet]. 2024. Disponible en: https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/doc/RML/RM_2024_Tabasco.pdf

203. Revueltas, Guillén C. Violencia y migración: el caso de mujeres migrantes en tránsito por Tabasco. Ecos social [Internet]. 2022;10(9). Disponible en: <https://revistaecos.ujat.mx/ecosoc/es/article/view/6039>

204. UNHCR. Directorio de servicios en Tenosique [Internet]. Disponible en: https://help.unhcr.org/mexico/wp-content/uploads/sites/22/2024/07/240703_MapaTenosique_PRINT.pdf

205. Rojas ML. Panorama sociodemográfico de la población en tránsito migratorio por México y en las fronteras norte y sur del país [Internet]. Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2025. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/offodfb6-g42f-4bce-a60c-1164614c2821/content>

206. Rumbo C. Crisis migrante y situación migratoria en el norte de México: Caso Chihuahua. En: Política Criminal en el Siglo XXI. Historia, presente y Futuro [Internet]. Douglas Durán. San José de Costa Rica; 2025. Disponible en: <https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/37902/ILANUD%20Libro%20L%20Aniversario%201.pdf?sequence=1#page=370>

207. Derechos Humanos Integrales en Acción, Fundación para la Justicia, Instituto para las Mujeres en la Migración, AC. En el Día de los Derechos Humanos, la justicia no está completa en el caso del incendio en la estancia migratoria de Ciudad Juárez [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.fundacionjusticia.org/en-el-dia-de-los-derechos-humanos-la-justicia-no-esta-completa-en-el-caso-del-incendio-en-la-estancia-migratoria-de-ciudad-juarez/>

208. H. Congreso del Estado. Ley Orgánica del Organismo Público Descentralizado "Servicios de Salud de Chihuahua" [Internet]. Decreto No. 617/97 VII P.E. 1 de octubre de 1997. Disponible en: <https://www.congresochoihuahua2.gob.mx/biblioteca/leyes/archivosLeyes/160.pdf>

209. Secretaría de Salud de Chihuahua. Programa Sectorial de Salud del Estado de Chihuahua 2022-2027 [Internet]. Chihuahua, Chih.; 2022. Disponible en: https://portalair.chihuahua.gob.mx/media/archivos/96353_05.-SS-Entrega-Final_actualizado141022.pdf

210. Gobierno del Estado de Chihuahua. Inicia registro para "MediChihuahua": servicio de salud gratuito y de calidad para todos [Internet]. Chihuahua, México: Gobierno del Estado de Chihuahua; 2024. Disponible en: <https://chihuahua.gob.mx/prensa/inicia-registro-para-medichihuahua-servicio-de-salud-gratuito-y-de-calidad-para-todos>

211. Consejo Estatal de Población. Diagnóstico del programa presupuestario Atención Integral a Migrantes [Internet]. Chihuahua, México: Gobierno del estado de Chihuahua / Consejo Estatal de Población (COESPO); octubre de 2023. Disponible en: https://portalair.chihuahua.gob.mx/media/archivos/09860_Proyecto-de-Diagno__stico-Pp-Atencio__n-Integral-a-Migrantes-COESPO-FINAL.pdf

212. Consejo Estatal de Población. Atención a Personas Migrantes y Movilidad Humana [Internet]. [citado 7 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://chihuahua.gob.mx/info/atencion-personas-migrantes-y-movilidad-humana>

213. Gobierno del Estado de Chihuahua. Programa Estatal de Población 2022 - 2027 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://chihuahua.gob.mx/sites/default/attach2/html-generico/adjuntos/2023-11/COESPO%20Programa%20Estatal%20de%20Poblaci%C3%B3n%202022-2027.pdf>

214. H. Congreso del Estado de Chihuahua. Ley de Protección y Apoyo a Migrantes y sus Familias para el Estado de Chihuahua [Internet]. Disponible en: <https://www.congresochoihuahua2.gob.mx/biblioteca/leyes/archivosLeyes/1254.pdf>

215. Gobierno del Estado de Chihuahua. Gobierno del Estado de Chihuahua [Internet]. Chihuahua. Centro de Atención Integral a Migrantes (CAIM). Disponible en: <https://chihuahua.gob.mx/info/centro-de-atencion-integral-migrantes-caim>

216. Gobierno del Estado de Chihuahua. Gobierno del Estado de Chihuahua [Internet]. 2023. Planificación familiar, salud sexual y reproductiva y género. Disponible en: <https://chihuahua.gob.mx/info/planificacion-familiar-salud-sexual-y-reproductiva-y-genero>

217. H. Congreso del estado de Chihuahua. Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chihuahua [Internet]. 3 de junio de 2015. Disponible en: <https://www.congresochoihuahua2.gob.mx/biblioteca/leyes/archivosLeyes/1171.pdf>

218. Gobierno del Estado de Chihuahua. Informe 2019 GEPEA Chihuahua [Internet]. Chihuahua, México: Gobierno del Estado de Chihuahua; marzo de 2020. p. 79. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/560722/Informe_2019_GEPEA_Chihuahua.pdf

219. Instituto Nacional de Desarrollo SocialInstituto Nacional de Desarrollo Social, C. Directorio de los Servicios Amigables para Adolescentes-Chihuahua [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.gob.mx/indesol/documentos/directorio-de-los-servicios-amigables-para-adolescentes-chihuahua>

*** 220.** Ipas México. Información Básica del Estado de Chihuahua [Internet]. 2021. Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx2022-Chihuahua.pdf>

*** 221.** Suprema Corte de Justicia de la Nación. Declaratoria General de Inconstitucionalidad 1/2024 [Internet]. 2025. Disponible en: https://www2.scjn.gob.mx/juridica/engroses/3/2024/71/2_330436_7103_firmado.pdf

222. GIRE. Aborto en datos. Aborto en México | GIRE [Internet]. 2025 [citado 7 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://abortomexico.gire.org.mx/aborto-en-datos/>

223. Ipas México. Tribunales ordenan garantizar información y servicios de aborto en Chihuahua. Ipas México [Internet]. 29 de mayo de 2024 [citado 7 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://ipasmexico.org/2024/05/29/tribunales-ordenan-garantizar-informacion-y-servicios-de-aborto-en-chihuahua/>

224. Centro Nacional de Equidad de Género, Salud Sexual y Reproductiva. Gobierno de México [Internet]. México; 2024. Directorio de Servicios de Aborto Seguro. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegssr/articulos/directorio-de-servicios-de-aborto-seguro>

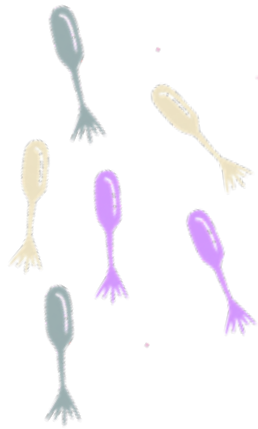
225. INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021. Principales resultados Chihuahua [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/08_chihuahua.pdf

226. CONAVIM. Declaratoria de la Secretaría de Gobernación de alerta de violencia de género contra las mujeres para los municipios de Chihuahua, Cuauhtémoc, Guadalupe y Calvo, Hidalgo Del Parral y Juárez, todos del estado de Chihuahua. [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/671729/Declaratoria_AVGM_Chihuahua.pdf

227. Gobierno del estado de Chihuahua. Centro de Justicia para las Mujeres | Portal Gubernamental del Estado de Chihuahua [Internet]. [citado 7 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://chihuahua.gob.mx/info/centro-de-justicia-para-las-mujeres>

228. Secretaría de Desarrollo y Bien Común. Directorio de ayuda para mujeres en situación de violencia [Internet]. Disponible en: <https://ichijuv.gob.mx/wp-content/uploads/2023/07/NO-estas-sola-DIRECTORIO.pdf>





229. Secretaría de Educación Pública de Chihuahua. Protocolo Único para la Prevención, Detección y Actuación en Casos de Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes [Internet]. [citado 7 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://educacion.chihuahua.gob.mx/protocolo/categoria/cat%C3%A1logo-de-capacitaciones>

230. Ipas México. Violencia sexual y embarazo infantil en México: un problema de salud pública y derechos humanos. Chihuahua [Internet]. 2021. Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx2020-InfografiaViolencia-Chihuahua.pdf>

231. Vázquez L, Peña J, Vieitez I. Necesidades y atención en salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes en México: Un estudio desde Ciudad Juárez. Volumen 1 [Internet]. Population Council; 2021 [citado 26 de mayo de 2025]. Disponible en: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-pgy/1534 doi:10.31899/sbsr2021.1060

232. Peña J, Vázquez-Quesada L, Vieitez-Martínez I. Necesidades y atención en salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes en México. Un estudio desde Ciudad Juárez, Chihuahua. Volumen 3 [Internet]. Ciudad Juárez: Population Council; 2022. Disponible en: https://www.colef.mx/wp-content/uploads/2022/06/Reporte_saludsexual_volumen3-v5.pdf

233. Peña J, Vázquez-Quesada L, Vieitez I. Necesidades y Atención en Salud Sexual Reproductiva de Mujeres Migrantes en México. Un estudio desde Ciudad Juárez, Chihuahua. Vol. 3 [Internet]. Population Council y El Colegio de la Frontera Norte; 2022. Disponible en: https://www.colef.mx/wp-content/uploads/2022/06/Reporte_saludsexual_volumen3-v5.pdf

234. Peña J, Vázquez-Quesada L. Acceso a atención de la salud sexual de mujeres en situación de movilidad irregular en México. En: Migración y Salud [Internet]. Ciudad de México; 2022. Disponible en: <http://www.omi.gob.mx/work/models/OMI/Resource/2792/MigracionySalud2022.pdf>

235. De la O M, Iroazem K. Condiciones de salud y estrategias de atención sanitaria para migrantes latinoamericanos y caribeños en Ciudad Juárez. En: Desafíos de la migración en Ciudad Juárez [Internet]. Héctor Padilla. Ciudad Juárez, Chih.: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; 2024. Disponible en: <https://cathi.uacj.mx/bitstream/handle/20.500.11961/30525/Capitulo%20con%20portada%2C%20hoja%20legal%20y%20indice.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

236. Médicos del Mundo. Encuesta de Salud - Población Migrante y Desplazada Forzada en Ciudad Juárez - Resultados [Internet]. MDM; 2023. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/mexico/encuesta-de-salud-poblacion-migrante-y-desplazada-forzada-en-ciudad-juarez-resultados>

237. Báez S, Ravelo P, Chávez S, Moya E. Exclusiones sociales: migrantes trans en Ciudad Juárez y El Paso. En. Disponible en: <https://digitalmeasures.utep.edu/ai/emmoaya/present/Exclusiones%20sociales%20por%20cuestiones%20de%20g%C3%A9nero%20B%C3%A1ez%20Ravelo%20Mora%20y%20Ch%C3%A1vez-1.pdf>

238. Gutiérrez M, Padilla H, Hernández E. La experiencia migratoria y orgullo en mujeres transgénero en Ciudad Juárez. En: Desafíos de la migración en Ciudad Juárez [Internet]. Héctor Padilla. Ciudad Juárez, Chih.: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; 2024. Disponible en: <https://cathi.uacj.mx/bitstream/handle/20.500.11961/30525/Capitulo%20con%20portada%2C%20hoja%20legal%20y%20indice.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

239. Plan Internacional. Mujeres Adolescentes en Crisis: Impacto de las políticas migratorias en Ciudad Juárez [Internet]. Ciudad de México; 2024. Disponible en: <https://plan-international.org/uploads/sites/96/2024/04/Mujeres-Adolescentes-En-Crisis-%E2%80%93-Resumen-Ejecutivo-ESPANOL.pdf>

240. Esparza A, Lechuga J, Nevárez B. Los migrantes en Ciudad Juárez: comercio sexual como estrategia de sobrevivencia y riesgo de VIH. En: Desafíos de la migración en Ciudad Juárez [Internet]. Héctor Padilla. Ciudad Juárez, Chih.: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; 2024. Disponible en: <https://cathi.uacj.mx/bitstream/handle/20.500.11961/30525/Capitulo%20con%20portada%2C%20hoja%20legal%20y%20indice.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



241. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Resumen del Caso González y otras (Campo Algodonero) VS México [Internet]. 2009 [citado 29 de abril de 2026]. Disponible en: https://secredh.cndh.org.mx/Caso_Gonzalez_Otras.aspx

242. Congreso Constituyente de Guatemala. Constitución Política de la República de Guatemala, 1985 con reformas de 1993 [Internet]. 1985. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/Constitucion_Guatemala.pdf

243. Congreso de la República de Guatemala. Decreto Número 90- 97 [Internet]. 1997. Disponible en: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/law/GTM-AD-28-01-LAW-1997-esp-Decreto-90-97-Codigo-de-salud.pdf>

244. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de atención integral en salud [Internet]. 2019. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/998258/modelo-de-atencion-integral-en-salud.pdf>

245. Becerril-Montekio V, López-Dávila L. Sistema de salud de Guatemala. Salud Pública de México [Internet]. 7 de marzo de 2011 [citado 12 de febrero de 2026];53(2). Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5041>

246. Flores W. El sistema de salud en Guatemala, ¿así... funcionamos? [Internet]. Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2008. p. 102. Disponible en: https://cegss.org.gt/wp-content/uploads/2018/02/127648.pdf?utm_source

247. Congreso de la República de Guatemala. Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social [Internet]. 1946. Disponible en: <https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/2024/03/Decreto-No-295-y-sus-reformas-Decreto-No-11-04-Ley-Organica-del-IGSS-Guatemala.pdf>

248. Baca J. Análisis jurídico de los aspectos legales para la concesión del servicio de salud hospitalaria pública en Guatemala. Revista Jurídica Auctoritas Prudentium [Internet]. 2025. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10544452.pdf>

249. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estrategia Nacional de Redes Integradas de Servicios de Salud de Guatemala [Internet]. 2019. Disponible en: <http://cimfwonca.org/wp-content/uploads/ENRISS-G-2019.pdf>

250. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Acuerdo Gubernativo No. 59 - 2023 [Internet]. 2023. Disponible en: <https://cgab.org.gt/wp-content/uploads/2023/10/ACUERDO-GUBERNATIVO-No.-59-2023.pdf>

251. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de atención y gestión para áreas de la salud [Internet]. Guatemala; 2018. Disponible en: <http://cimfwonca.org/wp-content/uploads/MODELODEATENCIONYGESTION-Guate.pdf>

252. UNICEF. El remedio de nuestros males Un análisis sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento para mejorar el sistema de salud pública en Guatemala, 2012-2021 [Internet]. UNICEF; 2011. Disponible en: <https://www.unicef.org/guatemala/media/216/file/Contamos%206.pdf>

253. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estrategia Nacional de Salud Digital en Guatemala 2022-2032 [Internet]. World Health Organization; 2022. Disponible en: https://extranet.who.int/cpcd/sites/default/files/public_file_repository/gtm_guatemala_digital-health-strategy_2022.pdf

254. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Bases para la construcción del marco de arquitectura de salud pública para Guatemala: Marco tecnológico y de datos [Internet]. Organización Panamericana de la Salud [OPS]; agosto de 2024. p. 30. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-08/gtm-marco-arquitectura-marco-tecnologico-datos-final.pdf>



255. Villatoro E. Salud Pública en Guatemala: desafíos estructurales y propuestas estratégicas de reforma. *Revista Científica Avances en Ciencia y Docencia* [Internet]. 2025 [citado 14 de marzo de 2026];2(2). Disponible en: https://click.endnote.com/viewer?doi=10.70939%2Frevistadiged.v2i2.40&token=WzM5OTEwLCIxMCM43MDkzOSgyZXZpc3RhZGlnZWQudjJpMi40MCMJd.tk-2w5fWbf_vQvomdxoqARDVYqE

256. Autoridad Migratoria Nacional. Política Migratoria, Guatemala [Internet]. Guatemala; 2023. Disponible en: https://igm.gob.gt/wp-content/uploads/2023/12/FINAL-Politica-Migratoria-interiores-1_compressed.pdf

257. Congreso de la República de Guatemala. Código de Migración. Decreto 44-2016 [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2017/10978.pdf>

258. Gobierno de la República de Guatemala. Política Pública de Protección y Atención a la Persona Migrante 2019-2032 [Internet]. Ciudad de Guatemala; 2019. Disponible en: <https://www.minex.gob.gt/Uploads/PoliticaPublicaDeAtencionAlMigrante.pdf>

259. Mesa Técnica Interinstitucional del Consejo de Atención y Protección, Organización Internacional para las Migraciones OIM. Protocolo de Atención a Personas en Flujos Migratorios Mixtos [Internet]. Ciudad de Guatemala; 2025. Disponible en: <https://guatemala.iom.int/sites/g/files/tmzbd12416/files/documents/2025-07/3.-protocolo-flujos-migratorios-vf.pdf>

260. Congreso de la República de Guatemala. Ley de Desarrollo Social. 2001.

261. Secretaría de Salud. Manual para la Atención en Planificación Familiar [Internet]. 2024. Disponible en: <https://honduras.bvsalud.org/wp-content/uploads/2024/04/MANUAL-PARA-LA-ATENCION-EN-PLANIFICACION.pdf>

262. Congreso de la República de Guatemala. Ley para la Maternidad Saludable. Decreto 32-2010 [Internet]. 2010. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2010_d32-2010_gtm.pdf

263. Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas. Modelo de Atención Integral Dirigido a Personas Migrantes Adultas que han sido Víctimas de Violencia Sexual [Internet]. 2019. Disponible en: <http://www.oj.gob.gt/Archivos/Publicaciones/Documentos%20sobre%20violencia/MODELO%20DE%20ATENCION%20C3%93N%20A%20VICTIMAS%20MIGRANTES%20ADULTAS%20...%20VERSI%20C3%93N%20FINAL%20DE%20FECHA%2015-10-2019.pdf>

264. Secretaría de Planificación y Programación. Política de Desarrollo Social y Población [Internet]. Ciudad de Guatemala; 2002. Disponible en: <https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Politica%20Desarrollo%20Social%20y%20Poblacion.pdf>

265. Congreso de la República de Guatemala. Ley del Impuesto sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas Destiladas, Cervezas y otras Bebidas Fermentadas [Internet]. 2004. Disponible en: https://www.congreso.gob.gt/assets/uploads/info_legislativo/iniciativas/Registro3016.pdf

266. Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural, editor. Plan nacional de desarrollo Katun: nuestra Guatemala 2032. Ciudad de Guatemala: Segeplan; 2014.

267. Congreso de la República de Guatemala. Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar [Internet]. 2005. Disponible en: http://bvs.gt/ebblueinfo/ML/ML_014.pdf

268. Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos. Estrategia Nacional de Planificación Familiar 2015 - 2020 [Internet]. 2015. Disponible en: <https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2015%20CNAA-Estrategia%20Nacional%20PF%20260515%20final.pdf>



269. Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos. Dictamen Técnico No Favorable a la Iniciativa de Ley No. 5160 [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.plazapublica.com.gt/sites/default/files/dictamen_cnaa.pdf

270. Ipas Centroamérica. Información Básica de Guatemala [Internet]. 2024. Disponible en: https://ipaslac.org/wp-content/uploads/2024/10/1659474239795_ES_ARCHIVO_1.pdf

271. OSAR Guatemala. Registros de nacimiento de madres entre 10 - 19 años - Año 2024 - [Internet]. 10 de enero de 2025 [citado 14 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://osarguatemala.org/registros-de-nacimientos-y-embarazos-en-madres-adolescentes-ano-2024/>

272. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía Nacional de Anticoncepción para Adolescentes [Internet]. 2018. Disponible en: https://osarguatemala.org/PNSR/Normativa/Componente%20de%20Adolescentes/Guia_de_anticoncepcion_para_adolescentes.pdf

273. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía para la Implementación y Funcionamiento de los Espacios Amigables para Adolescentes [Internet]. Disponible en: https://osarguatemala.org/PNSR/Normativa/Componente%20de%20Adolescentes/Guia_para_la_Implementacion_y_Funcionamiento_de_los_espacios_amigables.pdf

274. Chaparro Buitrago DC, Baumann A, Wahoush O, Gombay C, O'Shea T. Barriers and opportunities in implementing adolescent sexual and reproductive health interventions in rural Guatemala: an exploratory descriptive study. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 13 de febrero de 2026;50:1. doi:10.26633/RPSP.2026.13

275. Gobierno de la República de Guatemala. Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes (PLANEA) [Internet]. 2018. Disponible en: https://osarguatemala.org/PNSR/Normativa/Componente%20de%20Adolescentes/PLANEA_2018_2022.pdf

276. Hernández E. Evaluación de impacto del Plan Nacional de Prevención de embarazos en adolescentes en Guatemala PLANEA 2018-2022. *Revista de Postgrados de Medicina* [Internet]. 2025 [citado 13 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://click.endnote.com/viewer?doi=10.62267%2Frev.post.med.v4i1.81&token=WzM5OTEwLCIxMCM42MjI2NygyZXZucG9zdC5tZWQudjRpMS44MSJd.RoNoXaDTgHMoRUn6rpHaFfZ6ByA>

277. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de Muerte Materna y Neonatal 2021 - 2025 [Internet]. Ciudad de Guatemala; 2021. Disponible en: <https://osarguatemala.org/PNSR/Normativa/Componente%20de%20Materno/PLAN-REDUCCION-MUERTE-MATERNA-Y-NEONATAL.pdf>

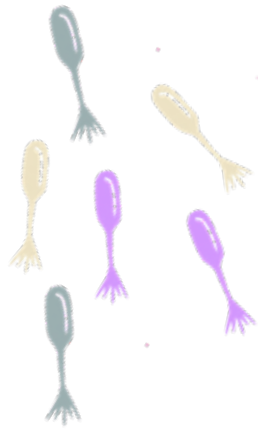
278. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual para capacitar comadronas en atención materno-neonatal [Internet]. 2016. Disponible en: <https://osarguatemala.org/PNSR/Normativa/Componente%20de%20Comadronas/Manual-para-capacitar-comadronas.pdf>

279. Congreso de la República. Código Penal de Guatemala [Internet]. Disponible en: https://www.un.org/depts/los/LEGISLATIONANDTREATIES/PDFFILES/GTM_codigo_penal.pdf

280. Congreso de la República de Guatemala. Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas. Decreto 9-2009.

281. Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas. Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas [Internet]. [citado 13 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://svet.gob.gt/>

282. Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas. Política Pública contra la Violencia Sexual en Guatemala 2019 - 2029 [Internet]. Ciudad de Guatemala; 2019. Disponible en: https://ecursos.segeplan.gob.gt/CAPP/documentos/85/POLITICA_PUBLICA_contra_la_Violencia_S_con_acuerdo_ALTA_CALIDAD.pdf



283. Gobierno de la República de Guatemala. Política Pública contra la Trata de Personas y Protección Integral a Víctimas 2014 - 2024 [Internet]. 2014. Disponible en: <https://ecursos.segeplan.gob.gt/CAPP/documentos/19/Pol%C3%ADtica%20Trata%20de%20Personas.pdf>

284. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual [Internet]. 2019. Disponible en: https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ProtocoloVS_FINAL_baja%20%281%29.pdf

285. Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de PersonasSecretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas. Tablero dinamico [Internet]. [citado 13 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://svet.gob.gt/tablero-dinamico/>

286. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan estratégico para la prevención y control de cáncer cervicouterino, 2023-2030 [Internet]. Ciudad de Guatemala; 2023. Disponible en: https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2023_plan_estrategico_2023-2030_final.pdf

287. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de atención integral para la prevención, detección y tratamiento de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino [Internet]. Ciudad de Guatemala. Disponible en: <https://osarguatemala.org/wp-content/uploads/2021/02/Guia-de-Cancer-2020.pdf>

288. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. Guatemala: Humanitarian Needs and Response Plan 2025 [Internet]. abril de 2025 [citado 16 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/guatemala/guatemala-humanitarian-needs-and-response-plan-2025-issued-january-2025>

289. Comunidad de Acción del Programa We Lead. Situación de la salud y derechos sexuales y derechos reproductivos en Guatemala [Internet]. 2023. Disponible en: <https://uprdoc.ohchr.org/uprweb/downloadfile.aspx?filename=10685&file=SpanishTranslation>

290. Luna O. Diagnóstico situacional de salud sexual y reproductiva de niñas y mujeres migrantes en Petén [Internet]. Reproductive Health Supplies Coalition, Foro LAC, Tan Ux'il; 2023. Disponible en: https://www.rhsupplies.org/uploads/tx_rhscpublications/DIAGN%C3%93STICO_MIGRACI%C3%93N_PASO_SEGURO.pdf

291. Castaño V. Mujeres adolescentes en crisis: la vida en contextos de movilidad en la región de Centroamérica y México [Internet]. Plan International; 2023. Disponible en: <https://plan-international.org/uploads/2023/03/Full-report-available-in-Spanish-only.pdf>

292. Cristosal. Guatemala: el peaje oculto en la ruta migrante [Internet]. Ciudad de Guatemala; 2025. Disponible en: <https://cristosal.org/ES/wp-content/uploads/2025/04/Informe-Guatemala-el-peaje-oculto-de-la-ruta-migrante.pdf>

293. Consejo Departamental de Desarrollo de Chiquimula. Plan de Desarrollo Departamental 2023-2032. Chiquimula. 2021.

294. Romero LA. Migraciones transfronterizas de Honduras y El Salvador hacia el departamento de Chiquimula, Guatemala. Rev Div Cien. 6 de agosto de 2024;4(1):103-13. doi:10.36314/diversidad.v4i1.109

295. Romero L, López J. Causas y efectos de las migraciones en el Triángulo Norte Centroamericano de Honduras y El Salvador hacia el Departamento de Chiquimula, Guatemala. En: Territorios resilientes y comunidades en progreso. Márquez, Juan; Moreno, Julián; y Almanza, Jaime. 2025.

296. Proyecto de Atención Primaria de Salud y Nutrición. Informe de situación del período [Internet]. Ciudad de Guatemala; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-07/gtm-informe-apsynut-marzo-agosto-2024.pdf>



297. UNICEF. El costo humano de la migración: Esquipulas enfrenta un aumento alarmante de niños y familias migrantes vulnerables [Internet]. 26 de septiembre de 2023 [citado 14 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.unicef.org/guatemala/comunicados-prensa/costo-humano-migracion-esquipulas-enfrenta-aumento-alarmanente-ninos-familias>

298. Alarcón M. OSAR Chiquimula. De la formulación a la implementación de las políticas públicas en Guatemala [Internet]. 2015. Disponible en: <http://osarguatemala.org/wp-content/uploads/2018/11/Informe-anual-OSAR-2015.pdf>

299. Fuden. Formación y equipamiento clínico para disminuir la mortalidad materna, perinatal e infantil en Guatemala. Fuden [Internet]. 10 de abril de 2017 [citado 14 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.fuden.es/noticias/formacion-y-equipamiento-clinico-para-disminuir-la-mortalidad-materna-perinatal-e-infantil-en-guatemala/>

300. Hernández J. Evaluación final del Proyecto Promoviendo los Derechos Sexuales y Reproductivos de Mujeres, Adultas, jóvenes y Adolescentes en Guatemala, [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.oxfamintermon.org/hubfs/Oxfam-Website/oi-informes/evaluacion-derechos-sexuales-reproductivos-guatemala.pdf>

301. UNFPA. Plan Municipal para la reducción acelerada de la mortalidad materna, infantil y los embarazos en adolescentes en el municipio de Camotán, Chiquimula, en el marco de la Estrategia de Hogar Seguro, Saludable y Sostenible [Internet]. 2024. Disponible en: <https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2024-10/Dise%C3%B1o%20y%20diagramaci%C3%B3n%20de%20la%20PlaN%20Municipal%20de%20Reducci%C3%B3n%20de%20Muertes%20Maternas.pdf>

302. Guttmacher Institute. Educación en sexualidad en Guatemala: Nueva evidencia de tres departamentos [Internet]. 2017. Disponible en: <http://guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/politica-de-educacion-sexual-guatemala-fs.pdf>

303. Cano M. Caracterización de las pacientes adolescentes embarazadas | EndNote Click [Internet]. Vol. 8. 2024 [citado 14 de marzo de 2026];8(2). Disponible en: https://click.endnote.com/viewer?doi=10.36314%2Ffunori.v8i2.282&token=WzM5OTEwLCIxMC4zNjMxNC9jdW5vcmkudjhpMi4yODIiXQ.UQ9aS4pd3-oAd1pMd_oOOhruFNg

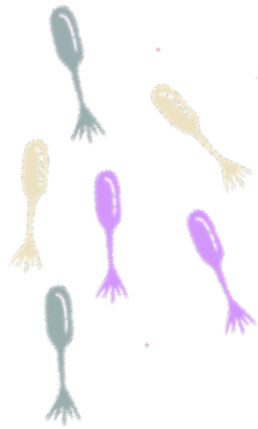
304. AECID Guatemala, FLACSO Guatemala, UNFPA. Más allá de lo visible: Normas sociales y de género que inciden en los matrimonios y uniones infantiles, tempranas y forzadas (MUITF) en Guatemala [Internet]. 2025. Disponible en: <https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2025-12/Ma%CC%81s%20alla%CC%81%20de%20lo%20visible%202025.pdf>

305. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación de Mortalidad Materna en Guatemala [Internet]. 2023. Disponible en: https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2023_informe_situacion_de_la_mm_2020-2021.pdf

306. ACNUR. ACNUR México [Internet]. [citado 14 de marzo de 2026]. ACNUR y Gobierno de Guatemala trabajan en conjunto ante el aumento en el flujo de personas en la frontera. Disponible en: <https://www.acnur.org/mx/noticias/avisos/acnur-y-gobierno-de-guatemala-trabajan-en-conjunto-ante-el-aumento-en-el-flujo-de>

307. Naciones Unidas en Guatemala. Visita a Esquipulas para conocer trabajo del PBF trinacional [Internet]. 2023 [citado 14 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://guatemala.un.org/es/227200-visita-esquipulas-para-conocer-trabajo-del-pbf-trinacional>

308. Asamblea Legislativa de El Salvador. Constitución de la República de El Salvador [Internet]. Sec. Art. 65. 20 de diciembre de 1983. p. 62. Disponible en: https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/171117_072857074_archivo_documento_legislativo.pdf



309. Acosta M, Del Rocio Sáenz M, Gutiérrez B, Bermúdez JL. Sistema de salud de El Salvador. Vol. 53. junio de 2011;53(2):188-96.

310. Consejo de Ministros. Decreto No. 5 [Decreto] [Internet]. 2011. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/decretos/decreto5_reformas_reglamento_interno_organo_ejecutivo.pdf

311. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Decreto No. 302 [Internet]. 2019. Disponible en: <https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/leysistemanacionalintegradosalud.pdf>

312. Historia. Fondo Solidario para la Salud [Internet]. [citado 21 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://fosalud.gob.sv/historia/>

313. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Ley Especial para la Constitución del Fondo Solidario para la Salud [Internet]. Decreto No. 538. 17 de diciembre de 2004. Disponible en: <https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/6577858B-FF5D-46F5-A3D8-B9363B704BA0.pdf>

314. Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Plan Estratégico Institucional 2024-2029 [Internet]. 2024 [citado 17 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.iss.gov.sv/institucion/plan-estrategico/>

315. Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Marco Institucional. Instituto Salvadoreño del Seguro Social [Internet]. [citado 18 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.iss.gov.sv/institucion/marco-institucional/>

316. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral de Salud para el Sistema Nacional Integrado de Salud [Internet]. 2022. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/modelodeatencionintegraldesaludparaelsistemanacionalintegradosalud-Acuerdo-918_v1.pdf

317. Gutiérrez JR, editor. Servicios de salud pública en San Salvador. Diseño de instrumento de medición. [Internet]. San Salvador: Universidad Tecnológica de El Salvador; 2010. Disponible en: https://www.utec.edu.sv/vips/uploads/investigaciones/servicios_salud_publica.pdf

318. Presidencia de la República de El Salvador. Reglamento de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2008. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/reglamento/Reglamento_ley_sistema_nacional_salud.pdf

319. Ministerio de Salud. Norma técnica para la implementación y funcionamiento del Sistema Integrado de Salud [Internet]. San Salvador; 2024. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/norma/normatecnica paralaimplementacion y funcionamiento del sistema integrado de salud-Acuerdo-Ejecutivo-1626-30052024_v1.pdf

320. Ministerio de Salud de El Salvador. Modernización del sistema público de salud se fortalece al integrar servicios en hospitales y unidades de salud. Presidencia de la República de El Salvador [Internet]. 9 de julio de 2022 [citado 17 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.presidencia.gob.sv/modernizacion-del-sistema-publico-de-salud-se-fortalece-al-integrar-servicios-en-hospitales-y-unidades-de-salud/>

321. Ministerio de Salud. Manual de organización y funciones de la Dirección de Tecnologías de la Información y Comunicación [Internet]. 2025. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manualdeorganizacion y funciones de la direccion de tecnologias de la informacion y comunicacion-Acuerdo-Ejecutivo-2399-22092025_v2.pdf

322. Organización Panamericana de la Salud. El Salvador marca un hito en atención a emergencias médicas con la implementación del SISMEDg11 [Internet]. 2024 [citado 17 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/6-9-2024-salvador-marca-hito-atencion-emergencias-medicas-con-implementacion-sismedg11>

323. Organización Panamericana de la Salud. El Salvador adopta la aplicación de información de salud e-BlueInfo [Internet]. 2020 [citado 17 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/24-4-2020-salvador-adopta-aplicacion-informacion-salud-e-blueinfo>

324. Saul Ponce. Derecho a la Salud y Migrantes en El Salvador [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/webconferencias_2021/presentaciones/telesalud/presentacion18112021/DERECHO-A-LA-SALUD-Y-MIGRANTES-EN-EL-SALVADOR.pdf

325. Alvarado Ascencio NP, Castro Montoya AP, Mendoza Salguero GS. Sistemas de información y documentación regulatoria de El Salvador referido a migración y salud. Rev Panam Salud Publica. 31 de julio de 2023;47:e102. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.102>

326. Articulación Salvadoreña. Informe alternativo Balance de Cumplimiento del Consenso de Montevideo en El Salvador. 2019-2022 [Internet]. 2023. Disponible en: <https://observadsr.org/wp-content/uploads/2023/11/Consenso-final-21nov2023.pdf>

327. Centro por la Justicia y el Derecho Internacional. Contexto de movilidad humana en El Salvador [Internet]. 2024. Disponible en: <https://cejilmovilidad en mesoamerica.org/wp-content/uploads/2024/05/2024-01-11-Informe-pais-El-Salvador.pdf>

328. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud [Internet]. Decreto No. 307. Disponible en: https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/171117_073651293_archivo_documento_legislativo.pdf

329. Organización Internacional para las Migraciones. Perfil de Gobernanza de la Migración: la República de El Salvador [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.migrationdataportal.org/sites/g/files/tmzbdl251/files/2021-04/2021_MGI%20El%20Salvador%20ES.pdf

330. Ministerio de Relaciones Exteriores de El Salvador. Informe Del Estado De El Salvador A La Oficina Del Alto Comisionado De Las Naciones Unidas Para Los Derechos Humanos Sobre La Aplicación De La Resolución A/Res/68/179 Sobre La Protección De Los Migrantes. [Internet]. junio de 2014. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Migration/GA69thSession/ElSalvador.pdf>

331. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Situación de derechos humanos en El Salvador. 2021.

332. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Recomendaciones y observaciones de derechos humanos sobre las personas migrantes. El Salvador [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.oacnudh.org/wp-content/uploads/2021/12/Recomendaciones-DerechosHumanos-Migrantes-EL-SALVADOR.pdf>

333. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Ley Especial Para La Atención Y Protección Integral De Personas En Condición De Desplazamiento Forzado Interno [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/g8F1C211-B62A-446B-89CB-948EC765E49D.pdf>

334. Instituto Salvadoreño del Migrante. Clínica Integral de Atención a Retornados [Internet]. 2017 [citado 19 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://insami.foundation/2025/01/24/post-4/>

335. Instituto Salvadoreño del Migrante. Jornada medica en conjunto con Médicos del mundo [Internet]. [citado 19 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://insami.foundation/2025/01/24/post-6/>

336. Organización Internacional para las Migraciones. Estrategia de la OIM para El Salvador [Internet]. 2023. Disponible en: https://nortedecentroamerica.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1276/files/inline-files/estrategia_nacional-oim-el-salvador-2023.pdf





337. CLACAI, La salud reproductiva es vital, Colectiva Feminista. Monitoreo ciudadano de políticas públicas para fortalecer el acceso a servicios esenciales de salud reproductiva. 2024 [Internet]. 2024. Disponible en: https://saludreproductivavital.info/wp-content/uploads/Monitoreo_2024_Informe_EL_Salvador.pdf

338. Ministerio de Salud. Política de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. 2012. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/sal_politica_de_salud_sexual_y_reproductiva_2012.pdf

339. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres [Internet]. 2020. Disponible en: <https://isdemu.gob.sv/wp-content/uploads/2020/10/LIE.pdf>

340. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la prevención del VIH en las poblaciones móviles [Internet]. 2024. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaprevenciondelvihenlaspoblacionesmoviles-Acuerdo-Ejecutivo-61-18062024_v2.pdf

341. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la provisión de condones masculinos, femeninos y lubricantes a base de agua en el Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet]. 2024. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaprovisiondecondonesmasculinosfemeninosylubricantesabasedeaguaenelSNIS-Acuerdo-Ejecutivo-84-20062024_v2.pdf

342. Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de planificación familiar [Internet]. 2026. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaprovisiondeserviciosdeplanificacionfamiliar-AE-604-22012026_v1.pdf

343. Ipas Centroamérica. Información básica de El Salvador [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1685/Informaci%C3%B3n%20basica%20de%20El%20Salvador.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

344. Médicos del Mundo. Avances y Desafíos en la Implementación de la Educación Integral en Sexualidad en El Salvador [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/old/sites/default/files/avances_y_desafios._bajac.pdf

345. Argueta L. El derecho pleno a una salud sexual y reproductiva [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/webconferencias_2021/presentaciones/zoom/presentaciones28052021/01-EL-DERECHO-PLENO-A-UNA-SALUD-INTEGRAL-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA.pdf

346. UNFPA. Mapa de embarazos en niñas y adolescentes [Internet]. 2025. Disponible en: https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2025-06/Mapa_embarazos_2025_sv.pdf

347. Ministerio de Salud. Estrategia para la provisión de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en las RIIS [Internet]. Disponible en: https://s3.us-east-2.amazonaws.com/cdn.miraquetemiro.org/Estrategia-de-Servicios-Amigables--El-Salvador_2015_bag3f3628b07bb4374f597e38b835455.pdf

348. Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la atención integral en salud de adolescentes y jóvenes en las RIIS [Internet]. 2018. Disponible en: <http://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/SLV-CC-37-05-GUIDELINE-2018-esp-Lineamientos-tecnicos-para-la-atencion-integral-en-salud-de-adolescentes-y-jovenes-riis.pdf>

349. Plan International. Fortalecimiento servicios amigables para adolescentes [Internet]. 2023. Disponible en: <https://codajic.org/wp-content/uploads/2023/05/Fortalecimiento-servicios-amigables-para-adolescentes.pdf>



350. Granados DV, García AG. Percepción de las juventudes sobre la calidad de atención en los Servicios de Salud Amigables. Alerta (San Salvador). 25 de enero de 2024;7(1):50-8. doi:10.5377/alerta.v7i1.16160

351. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas [Internet]. 2026 [citado 19 de marzo de 2026]. Perfil de país - El Salvador. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/el-salvador>

352. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Ley Nacer con Cariño. Para un parto respetado y un cuidado cariñoso y sensible para el recién nacido. 2022.

353. Ministerio de Salud. Protocolos para la atención de la mujer en los periodos prenatal, parto, puerperio y atención del recién nacido [Internet]. 2025. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/protocolosparalaatenciondelamujerenlosperiodosprenatalpartopuerperioyatenciondelreciennacido-Acuerdo-Ejecutivo-1600-09062025_v1.pdf

354. Ministerio de Salud. Guía para la implementación y funcionamiento de las Maternidades con Cariño. 2022.

355. Ministerio de Salud. Unidad de Atención Integral Materno, Perinatal e Infantil. Fondo Solidario para la Salud [Internet]. [citado 21 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://fosalud.gob.sv/programas/programa-numero-uno-2/>

356. Cardaci D. Penalización del aborto en El Salvador: la lucha por los derechos de Beatriz. Debate Feminista. abril de 2014;49:197-207. doi:10.1016/S0188-9478(16)30011-1

357. Center for Reproductive Rights. Error de la justicia: El impacto de la prohibición total del aborto en El Salvador [Internet]. 2018. Disponible en: <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2018/10/19JAN17-SP-ElSalvador-CEDAW-brief-66th-session.pdf>

358. Peñas MA. El aborto en El Salvador: tres décadas de disputas sobre la autonomía reproductiva de las mujeres. Península. diciembre de 2018;13(2):213-34.

359. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Código Penal de la República de El Salvador [Internet]. [citado 21 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.refworld.org/themes/custom/unhcr_rw/pdf-js/viewer.html?file=https%3A%2F%2Fwww.refworld.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2F2024-08%2F14491.pdf

360. Ipas Centroamérica. Situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en México y Centroamérica [Internet]. 2020. Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/IpasCAM-2020-SituacionSaludDSyR.pdf>

361. Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto en El Salvador. Del hospital a la cárcel. Consecuencias para las mujeres por la penalización sin excepciones de la interrupción del embarazo en El Salvador. 1998 - 2019 [Internet]. 2019. Disponible en: <https://centroamerica.boell.org/sites/default/files/2020-12/Del%20hospital%20a%20la%20c%C3%A1rcel%20-%20DIC2020.pdf>

362. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe No. 9/20. Caso 13.378. Informe de Fondo. Beatriz, El Salvador [Internet]. marzo de 2020. Disponible en: https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/corte/2022/sv_13.378_es.pdf

363. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Corte IDH. Caso Beatriz y otros Vs. El Salvador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2024. Serie C No. 549. [Internet]. 2024 [citado 21 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://jurisprudencia.corteidh.or.cr/es/vid/1061937459>

364. Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos. Fallo histórico de la CIDH en víctima de violencia institucional [Internet]. 2021. Disponible en: <https://observadrsd.org/wp-content/uploads/2022/01/Observatorio-DSDR-No.-4-octubre-a-diciembre-2021-.pdf>



365. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Manuela y otros vs El Salvador [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.corteidh.orcr/docs/casos/articulos/seriec_441_esp.pdf

366. Amnistía Internacional. El Salvador: La nueva Ley de Agentes Extranjeros amenaza los derechos y libertades de las organizaciones de la sociedad civil y los medios de comunicación [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/wp-content/uploads/sites/4/2025/06/AMR2994982025SPANISH.pdf>

367. Avelar B. El País América [Internet]. 2026 [citado 21 de marzo de 2026]. La Agrupación por la Despenalización del Aborto se disuelve en El Salvador por la "involución" de derechos humanos bajo el régimen de Bukele. Disponible en: <https://elpais.com/america/2026-02-23/la-agrupacion-por-la-despenalizacion-del-aborto-se-disuelve-en-el-salvador-por-la-involucion-de-derechos-humanos-bajo-el-regimen-de-bukele.html>

368. UNFPA. Dos de cada tres mujeres sufren violencia sexual en El Salvador. Encuesta Nacional de Violencia Sexual Contra las Mujeres [Internet]. San Salvador, El Salvador; 2019. Disponible en: https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cuadernospoblacion_1_unfpa-sv.pdf

369. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres [Internet]. Decreto No. 520. 2011. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2011_decreto520_elsvd.pdf

370. Dirección de Atención Especializada. Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer [Internet]. [citado 21 de marzo de 2026]. Disponible en: <http://isdemu.gob.sv/programas/programa-numero-uno/>

371. Ministerio de Salud. Protocolos para la atención integral en salud a personas afectadas por lesiones intencionales [Internet]. 2025. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/protocolosparalaatencionintegralensaludapersonasafectadasporlesionesintencionales-AE-2778-28102025_v1.pdf

372. Organización Panamericana de la Salud. Abordaje del cáncer cervicouterino en El Salvador [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-02/area-3-ft-ccu.pdf>

373. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Ley para la Prevención, Control y Atención de los Pacientes con Cáncer [Internet]. Decreto No. 854. 2021. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley_prevencion_control_atencion_pacientes_cancer_v1.pdf

374. Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cervicouterino y de mama [Internet]. 2022. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaprevencionycontroldelcancercervicouterinoydemama-SE-Acuerdo-1849_v1.pdf

375. Médicos del Mundo. Situación de Acceso a Salud para personas migrantes retornadas en Honduras, El Salvador y Guatemala [Internet]. Centroamérica; 2022. Disponible en: https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/old/sites/default/files/guatemala_situacion_acceso_a_salud_para_personas_migrantes_retornadas_hn_sv_gt-comprimido_1.pdf

376. OHCHR. OHCHR [Internet]. 2025 [citado 19 de marzo de 2026]. UN experts alarmed at illegal deportations from the United States to El Salvador. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2025/04/un-experts-alarmed-illegal-deportations-united-states-el-salvador>

377. Human Rights Watch. "Llegaron al infierno" [Internet]. 12 de noviembre de 2025 [citado 19 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.hrw.org/es/report/2025/11/12/llegaron-al-infierno/tortura-y-otros-abusos-contra-venezolanos-en-el-centro-de>



378. Programa Regional de Investigación sobre Desarrollo y Medio Ambiente. Dinámicas territoriales en el departamento de Ahuachapán, El Salvador [Internet]. 2021. Disponible en: https://prismaregional.org/wp-content/uploads/2021/02/Din%C3%A1micas_Territoriales_en_Ahuachapan.pdf

379. Fernández I, Yáñez R, Aguirre T, Bernal M. Dinámica territorial y procesos de diálogo en Ahuachapán, El Salvador [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.rimisp.org/wp-content/uploads/2022/07/DT-Ahuachapan-1-FINAL.pdf>

380. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Mesoamérica en tránsito. Principales polos de origen de la migración en El Salvador, Guatemala, Honduras y México [Internet]. 2018. Disponible en: <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/57e74de3-2142-4530-8bdb-f96053662171/content>

381. UNFPA. Reporte de Casos de Inscripciones Prenatales, Violencia Sexual y Cobertura Educativa en niñas y adolescentes a nivel Municipal. Ahuachapán. [Internet]. 2022. Disponible en: https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ahuachapan_departamento_o.pdf

382. Medicus Mundi Sur. Acceso universal a la atención integral de salud de las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva, bajo el modelo de servicios de salud amigables en el Departamento de Ahuachapán, El Salvador [Internet]. 2023 [citado 21 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://informe.caongd.org/proyecto/acceso-universal-a-la-atencion-integral-de-salud-de-las-adolescentes-con-enfasis-en-salud-sexual-y-reproductiva-bajo-el-modelo-de-servicios-de-salud-amigables-en-el-departamento-de-ahuachapan-el-sa/>

383. Ventanilla de Información a Población Migrante, Ahuachapán [Internet]. [citado 21 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://migrantinfo.iom.int/es/node/5741>

384. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República de Honduras [Internet]. 1982 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.tsc.gob.hn/biblioteca/index.php/leyes/177-constitucion-de-la-republica-de-honduras>

385. Bermúdez-Madriz JL, Sáenz M del R, Muiser J, Acosta M. Sistema de salud de Honduras. Salud Pública de México. enero de 2011;53(2):s209-19.

386. Pavón Rodríguez LU, Estrada Arévalo ÁR. Caracterización del sistema de salud de Honduras. Revista Médica Hondureña. 86(1-2):6.

387. Secretaría de Salud. Estrategia para Fortalecimiento Institucional de las Redes Integradas de Servicios de Salud basa en Atención Primaria de Salud [Internet]. 2024. Disponible en: <https://honduras.bvsalud.org/wp-content/uploads/2024/11/Estrategia-de-RISS.pdf>

388. Puertas EB, Martínez RA, Figueroa GS, Hidalgo FE. Integración de redes de servicios de salud en Honduras: valoración comparativa del planteamiento teórico y de la aplicación práctica en cinco redes del país. Rev Panam Salud Publica. 4 de octubre de 2018;42:e135. doi:10.26633/RPSP.2018.135 PubMed PMID: 31093163; PubMed Central PMCID: PMC6386116.

389. Rueda Salazar S, Channon A, Garnelo Bibiano N, Riggirozzi P. Necesidades y barreras de acceso a la salud, y salud sexual y reproductiva de las mujeres y adolescentes salvadoreñas y hondureñas en desplazamiento [Internet]. Organización Internacional para las Migraciones (OIM); 2023. p. 93. Disponible en: <https://nortedecentroamerica.iom.int/sites/g/files/tmzbd1276/files/documents/2023-07/descargar-reporte-aqui.pdf>

390. Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). Ley del Seguro Social (Decreto 080-2001) [Internet]. 10 de junio de 2001. Disponible en: <https://www.ihss.hn/docs/ley-del-seguro-social/>

391. Palacio-Mejía LS, Hernández-Ávila JE, Villalobos A, Cortés-Ortiz MA, Agudelo-Botero M, Plaza B. Sistemas de información en salud en la región mesoamericana. Salud Pública de México. enero de 2011;53:s368-74.

392. Secretaría de Salud. Plan Estratégico Institucional 2023 - 20206 [Internet]. 2023. Disponible en: https://p4h.world/app/uploads/2025/03/Plan-estrategico-institucional_2023-%E2%80%932026-de-salud_-Honduras.x73677.pdf

393. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Organización Panamericana de la Salud [OPS] / Organización Mundial de la Salud [OMS] [Internet]. Tegucigalpa, México; 2023. Webinar: Implementación del software del Sistema de Salud Pública en el nuevo milenio. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/29-6-2023-webinar-implementacion-software-sistema-salud-publica-nuevo-milenio>

394. Secretaría de Salud. Hoja de Ruta Para la Transformación Digital de Salud en Honduras [Internet]. 2025. Disponible en: <https://honduras.bvsalud.org/wp-content/uploads/2025/03/Hoja-de-Ruta-Transformacion-Digital-en-Salud-de-Honduras.pdf>

395. Núñez SY, Ortiz C, Ávila A, Romualdo Tello NM, Aguilar C. Transformación digital en Honduras: Sistema de información para la vigilancia de ESAVI/EVADIE. Revista Panamericana de Salud Publica. 2024;48:8.

396. López V. Honduras, una máquina expulsadora de personas: ¿qué pasó antes y después de las caravanas migrantes? MyD [Internet]. 2021;19(37). Disponible en: <https://estudiosdeldesarrollo.mx/migracionydesarrollo/numero-37-texto-completo-vlr/>

397. UNAH, IIS, OMIH. Migración: Contexto, impacto y desafío en Honduras 2025 [Internet]. 2025. Disponible en: <https://omih.unah.edu.hn/dmsdocument/18263-migracion-contexto-impacto-y-desafio-en-honduras-2025-pdf>

398. Ardón EM. Migración de retorno hondureño desde una revisión teórica a la categoría del tejido social y sus implicaciones. Revista Universidad y Sociedad. agosto de 2023;15(4):685-94.

399. USAID, OIM, Gobierno de la República de Honduras. Protocolo de actuación para Unidades y Oficinas Municipales de Atención a Personas Migrantes retornadas. 2024.

400. Observatorio Consular y Migratorio de Honduras. Comparativo Retornados Hondureños 2015 – 2023 [Internet]. 2024 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://api.everviz.com/share/T2k1tBz9D>

401. Observatorio de Derechos Humanos de las Mujeres. Mujeres migrantes hondureñas retornadas: una violencia invisibilizada (2017-2022) [Internet]. 2023. Disponible en: <https://derechosdelamujer.org/wp-content/uploads/2023/09/Boletin-mujeres-migrantes-WEB.pdf>

402. Comisionado Nacional de los Derechos Humanos. Disminuye la migración de personas en tránsito por territorio hondureño [Internet]. 10 de abril de 2025 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://conadeh.hn/?p=4154>

403. Poder Legislativo. Ley de Protección de los Hondureños Migrantes y sus Familiares [Internet]. Decreto No. 106-2013. 2024. Disponible en: <https://www.tsc.gob.hn/biblioteca/index.php/leyes/538-ley-de-proteccion-de-los-hondurenos-migrantes-y-sus-familiares>

404. Pikielny MS, Mora M. Marco legal e institucional migratorio de la República de Honduras: Un documento informativo [Internet]. Migration Policy Institute; 2021. Disponible en: <https://www.migrationpolicy.org/sites/default/files/publications/mpi-marco-legal-institucional-migratorio-honduras.pdf>

405. Cano-Blanco AJ, Rocha-Castillo AS. Mujeres y migración: Perspectiva de género en las políticas migratorias del triángulo norte de Centroamérica. Revista científica de estudios sociales. 9 de junio de 2023;2(2):12-29. doi:10.62407/rces.v2i2.47

406. Poder Legislativo. Ley Marco del Sistema de Protección Social [Internet]. Decreto No. 56-2015. 2015. Disponible en: <https://www.tsc.gob.hn/biblioteca/index.php/leyes/627-ley-marco-del-sistema-de-proteccion-social>

407. Organización Internacional para las Migraciones. Perfil de Gobernanza de la Migración: la República de Honduras [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.migrationdataportal.org/sites/g/files/tmzbdl251/files/2021-04/2021_MGI%20report%20Honduras.pdf

408. OIM Latinoamérica y el Caribe. Respuesta integrada a la salud y migración en El Salvador, Guatemala, Honduras y México [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=RKf8ADtmyqo>

409. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Lineamientos estratégicos para el abordaje de la salud de las personas migrantes en tránsito por Mesoamérica [Internet]. Oficina Regional de la OIM para Centroamérica, Norteamérica y el Caribe; 2017. p. 46. Disponible en: https://www.ecampus.iom.int/pluginfile.php/14586/block_html/content/Lineamientos%20Estrat%C3%A9gicos%20para%20el%20Abordaje%20de%20la%20Salud%20de%20las%20personas%20Migrantes%20en%20Transito%20por%20Mesoam%C3%Agrica%202017.pdf

410. Organización Panamericana de la Salud. Lanzamiento del Protocolo de Atención Integral a Personas Víctimas/ Sobrevivientes de Violencia Sexual [Internet]. 2022 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/7-12-2022-lanzamiento-protocolo-atencion-integral-personas-victimas-sobrevivientes>

411. Secretaría de Salud. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Tegucigalpa, Honduras; 2016. Disponible en: <https://salud.gob.hn/sshome/index.php/component/jdownloads/?task=download.send&id=226>

412. Alianza Gobierno Abierto Honduras-AGAH. Plan de Acción de Estado Abierto Honduras 2023–2025 (PAEAH). Voces hondureñas por la transparencia. 2023.

413. Secretaría de Salud. Guía para operativizar los servicios de planificación familiar en la Secretaría de Salud [Internet]. Tegucigalpa, Honduras; 2019. Disponible en: <https://honduras.bvsalud.org/wp-content/uploads/2024/04/GUIA-PARA-OPERATIVIZAR-LOS-SERVICIOS-DE-PLANIFICACION-FAMILIAR-EN-LA-SECRETARIA-DE-SALUD.pdf>

414. Secretaría de Salud. Protocolo de atención integral a personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual [Internet]. Tegucigalpa, Honduras; 2022. Disponible en: <https://honduras.bvsalud.org/wp-content/uploads/2024/04/PROTOCOLO-DE-ATENCION-INTEGRAL-A-PERSONAS-VICTIMAS-SOBREVIVIENTES-DE-VIOLENCIA-SEXUAL.pdf>

415. Comisión Nacional de Sida en Honduras. Plan Estratégico Nacional de Respuesta Al VIH En Honduras 2020 A 2024 (extensión del PENSIDA IV). (2019). [Internet]. 2024. Disponible en: <https://honduras.bvsalud.org/wp-content/uploads/2024/04/PLAN-ESTRATEGICO-NACIONAL-DE-RESPUESTA-AL-VIH-EN-HONDURAS-2020-A-2024-EXTENSION-DEL-PENSIDA-IV.pdf>

416. Grupo Estratégico por la PAE. Prohibición de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE) en Honduras por acuerdo ministerial No. 2744-2009 [Internet]. 2024. Disponible en: <https://gepae.org/wp-content/uploads/2024/04/Boletin-recomendaciones-GEPAE-PRESS-1.pdf>

417. Fondo de Población de las Naciones Unidas en Honduras. Informe Anual de Resultados 2019 [Internet]. Tegucigalpa, Honduras; 2020. Disponible en: https://honduras.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/informe_anual_2019_final_2.pdf

418. Ipas Centroamérica. Información Básica de Honduras [Internet]. 2024. Disponible en: https://ipaslac.org/wp-content/uploads/2024/10/1659474239795_ES_ARCHIVO_1.pdf

*** 419.** Secretaría de Salud. Guía para la Atención Integral de las Personas Adolescentes [Internet]. Tegucigalpa, Honduras; 2025. Disponible en: <https://honduras.bvsalud.org/wp-content/uploads/2026/01/Guia-para-la-Atencion-Integral-a-las-Personas-Adolescentes.pdf>





420. Fondo de Población de las Naciones Unidas en Honduras. Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en Honduras [Internet]. Tegucigalpa, Honduras; 2025. Disponible en: <https://honduras.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2025-09/MILENA%20ESTUDIO%202025.pdf>

421. Fondo de Población de las Naciones Unidas en Honduras. UNFPA-Honduras [Internet]. 2025 [citado 8 de marzo de 2026]. UNFPA lanza "Hablemos Claro" Una campaña para transformar normas sociales y prevenir el embarazo en adolescentes en Honduras. Disponible en: <https://honduras.unfpa.org/es/publications/unfpa-lanza-%E2%80%99Chablemos-claro%E2%80%99D-una-campa%C3%B1a-para-transformar-normas-sociales-y-prevenir>

422. Secretaría de Salud. Atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato [Internet]. Tegucigalpa, Honduras; 2016. Disponible en: <https://honduras.bvsalud.org/wp-content/uploads/2024/04/PROTOCOLOS-PARA-LA-ATENCION-DURANTE-LA-PRECONCEPCION-EL-EMBARAZO-EL-PARTO-EL-PUERPERIO-Y-DEL-NEONATO-VOLUMEN-2-ATENCION-DEL-PARTO-Y-DEL-NEONATO.pdf>

423. Secretaría de Salud. Manual para el manejo integral de la sífilis materna y congénita [Internet]. Tegucigalpa, Honduras; 2022. Disponible en: <https://honduras.bvsalud.org/wp-content/uploads/2024/04/MANUAL-PARA-EL-MANEJO-INTEGRAL-DE-LA-SIFILIS-MATERNA-Y-CONGENITA.pdf>

424. Secretaría de Salud. Guía para la vigilancia de la mortalidad materna en Honduras [Internet]. Tegucigalpa, Honduras; 2023. Disponible en: <https://honduras.bvsalud.org/wp-content/uploads/2024/04/GUIA-PARA-LA-VIGILANCIA-DE-LA-MORTALIDAD-MATERNA-EN-HONDURAS.pdf>

425. Congreso Nacional. Código Penal de Honduras [Internet]. 1984. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/codigo_penal_honduras.pdf

426. Somos Muchas. Despenalizar el Aborto - Criminalización en Honduras. Somos Muchas [Internet]. [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://somosmuchas.hn/aborto/>

427. Somos Muchas. La Criminalización de las Mujeres por el Delito de Aborto en Honduras [Internet]. 2020. Disponible en: <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1315/La%20Criminalizacio%CC%81n%20de%20las%20Mujeres%20por%20el%20Delito%20de%20Aborto%20en%20Honduras.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

428. Médicos sin Fronteras. Reporte. II Foro Internacional de Honduras. Violencia y Pandemia. [Internet]. 2020. x Disponible en: https://www.msf.mx/wp-content/uploads/2020/11/reporte_fsm_final.pdf

429. Secretaría de Salud. Lineamientos para la atención del hombre que ejerce violencia doméstica con enfoque de masculinidades. Tegucigalpa, Honduras; 2023.

430. Organización Panamericana de la Salud. ANIMA: nueva serie de videos para reforzar las respuestas del sistema de salud a la violencia contra las mujeres [Internet]. 2022 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/13-6-2022-anima-nueva-serie-videos-para-reforzar-respuestas-sistema-salud-violencia-contr>

431. CERF, UNFPA. Pasos a seguir en casos de violencia sexual. Guía para el personal de salud.

432. Secretaría de Salud. Protocolo de profilaxis post exposición a la infección por VIH y otras ITS [Internet]. Tegucigalpa, Honduras; 2017. Disponible en: <https://honduras.bvsalud.org/wp-content/uploads/2024/04/PROTOCOLO-DE-PROFILAXIS-POST-EXPOSICION-A-LA-INFECCION-POR-VIH-Y-OTRAS-ITS.pdf>



433. Herrera V. Médicos Sin Fronteras pide implementación de protocolo de atención en casos de violencia sexual [Internet]. 8 de julio de 2024 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://contracorriente.red/2024/07/08/medicos-sin-fronteras-pide-implementacion-de-protocolo-de-atencion-en-casos-de-violencia-sexual/>

434. Secretaría de Honduras. Lineamientos Técnicos y Operativos de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VHP) en la República de Honduras [Internet]. Tegucigalpa, Honduras; 2023. Disponible en: <https://honduras.bvsalud.org/wp-content/uploads/2024/04/Lineamientos-Tecnicos-y-Operativos-de-Vacunacion-contr-el-Virus-del-Papiloma-Humano-VHP-en-la-Republica-de-Honduras.pdf>

435. Secretaría de Salud. Protocolo de tamizaje y tratamiento de lesiones premalignas para la prevención del Cáncer Cervicouterino. Tegucigalpa, Honduras; 2024.

436. Médicos sin Fronteras. Violencia, desesperanza y abandono en la ruta migratoria [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.msf.org.uy/wp-content/uploads/sites/4/2024/05/Informe-Violencia-desesperanza-y-abandono-en-la-ruta-migratoria.pdf>

437. Médicos sin Fronteras. Rechazados. El devastador impacto humano de los cambios de política migratoria en Estados Unidos, México y América Centra. 2025.

438. Mixed Migration Centre. Experiencias migratorias de niñas, niños y adolescentes en tránsito a través de Honduras [Internet]. 2023. Disponible en: https://mixedmigration.org/wp-content/uploads/2023/11/303_Migration_Children_Honduras_ES.pdf

439. CARE Honduras. Atención de migrantes en tránsito por frontera sur de Honduras [Internet]. 2023 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://care.org.hn/atencion-de-migrantes-en-transito/>

440. DTM Honduras. Encuesta socioeconómica de personas migrantes en tránsito por Danlí y Trojes, El Paraíso [Internet]. 2023. Disponible en: <https://nortedecentroamerica.iom.int/sites/g/files/tmzbd11276/files/documents/2023-06/dtm-danli-trojes-honduras-vf.pdf>

441. Consejo Danés para Refugiados, Centro de Desarrollo Humano, UNICEF Honduras. Evaluación de necesidades de protección de niños, niñas y adolescentes en movilidad en el departamento de El Paraíso, Honduras [Internet]. 2024. Disponible en: <https://drc.ngo/media/lybajd4m/hon-evaluaci%C3%B3n-de-necesidades-de-protecci%C3%B3n-de-nna-en-movilidad-el-para%C3%ADso-honduras-ene-mar-2024-esp.pdf>

442. Organización Internacional para las Migraciones. DTM - Seguimiento de Flujos Migratorios. Departamento de El Paraíso, Honduras [Internet]. Tegucigalpa, Honduras; 2024. Disponible en: <https://dtm.iom.int/report-product-series/reporte-de-desplazamiento-displacement-report>

443. Consorcio LIFE Honduras. Informe de Situación [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.unicef.org/honduras/media/3591/file/SITREP%2012.pdf>

444. Organización Panamericana de la Salud. Inauguración de la Red de Telemedicina en El Paraíso [Internet]. 2024 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-5-2024-inauguracion-red-telemedicina-paraíso>

445. Organización Panamericana de la Salud. Respuesta a las complicaciones obstétricas: El Paraíso juramentó su Equipo Cero Muertes Maternas - OPS/OMS | [Internet]. 2025 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-5-2025-respuesta-complicaciones-obstetricas-paraíso-juramento-su-equipo-cero-muertes>

446. Organización Panamericana de la Salud. OPS y SESAL fortalecen el uso de la telemedicina en El Paraíso para ampliar el acceso a la salud [Internet]. 2025 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/25-9-2025-ops-sesal-fortalecen-uso-telemedicina-paraíso-para-ampliar-acceso-salud>



447. Observatorio de Derechos Humanos de las Mujeres. Violencia sexual en Honduras 2019-2020 [Internet]. 2021. Disponible en: https://derechosdelamujer.org/wp-content/uploads/2021/08/Boletin-VS-2019-2020_final.pdf

448. Organización Panamericana de la Salud. Región de Salud de El Paraíso socializa protocolo de atención a víctimas de violencia sexual [Internet]. 2023 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/27-10-2023-region-salud-paraiso-socializa-protocolo-atencion-victimas-violencia-sexual>

449. Red Humanitaria Honduras. Honduras. Necesidades Humanitarias Remanentes. [Internet]. 2026. Disponible en: https://honduras.un.org/sites/default/files/2026-02/NECESIDADES%20HUMANITARIAS%20REM_HON_VS-Enero%20-%202026.pdf

450. Global Humanitarian Overview 2026. Cobertura de necesidades básicas y de protección de población migrante en tránsito en frontera Sur oriente [Internet]. 2026 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: https://projects.hpc.tools/project/224382/view?_gl=1*1ocsfpd*_ga*OTk4MTk3NjguMTc3MzAyNTEwNw..*_ga_E6oZNX2F68*czE3NzMwMjUxMTckbzEkZzAkdDE3NzMwMjUxMTckajYwJGwwJGgw

451. Global Humanitarian Overview 2026. Respuesta nutricional para tratamiento de Desnutrición Aguda en población materno-infantil en condición de Tránsito migratorio en la Frontera Sur-Oriente de Honduras [Internet]. 2026 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: https://projects.hpc.tools/project/224395/view?_gl=1*1ocsfpd*_ga*OTk4MTk3NjguMTc3MzAyNTEwNw..*_ga_E6oZNX2F68*czE3NzMwMjUxMTckbzEkZzAkdDE3NzMwMjUxMTckajYwJGwwJGgw

452. Global Humanitarian Overview 2026. Apoyar el acceso a servicios de salud, a fin de salvar vidas y mejorar el bienestar de las personas migrantes y comunidades de acogida [Internet]. 2026 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: https://projects.hpc.tools/project/224378/view?_gl=1*1ocsfpd*_ga*OTk4MTk3NjguMTc3MzAyNTEwNw..*_ga_E6oZNX2F68*czE3NzMwMjUxMTckbzEkZzAkdDE3NzMwMjUxMTckajYwJGwwJGgw

453. HIAS. Honduras. HIAS [Internet]. [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://hias.org/where/honduras/>

454. Médicos sin Fronteras. Honduras: MSF finaliza proyecto de atención a población migrante en Danlí [Internet]. 2025 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.msf.mx/actualidad/honduras-msf-finaliza-proyecto-de-atencion-a-poblacion-migrante-en-danli/>

455. ACNUR. ACNUR [Internet]. 2024 [citado 8 de marzo de 2026]. Honduras: ACNUR dona ambulancias a la Secretaría de Salud para fortalecer la respuesta en salud en zonas fronterizas. Disponible en: <https://www.acnur.org/noticias/aviso/honduras-acnur-dona-ambulancias-la-secretaria-de-salud-para-fortalecer-la-respuesta>

456. CERF, UNFPA, ACNUR. Ruta Intersectorial para Atención de Casos de Violencia de Género. Danlí [Internet]. 2025. Disponible en: <https://help.unhcr.org/honduras/wp-content/uploads/sites/56/2025/02/Ruta-de-Atencion-Danli.pdf>

457. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Perfil Sociodemográfico de Distrito Central, Francisco Morazán 2022 [Internet]. Tegucigalpa, Honduras: IIES: UNAH; 2022. Disponible en: <https://oee.unah.edu.hn/assets/Perfiles-Sociodemograficos/Francisco-Morazan-08/Reporte-de-0801-Francisco-Morazan-Distrito-Central.pdf>

458. FONAC. Centros Integrales de Salud 2022 Región Sanitaria departamental Metropolitana del Distrito Central [Internet]. 2024 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://fonac.hn/centros-integrales-de-salud-2022-region-sanitaria-departamental-metropolitana-del-distrito-central/>

459. FONAC. Informe Nacional de Veeduría Social a la Red Hospitalaria de Honduras 2023 [Internet]. septiembre de 2024 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://fonac.hn/informe-nacional-de-veeduria-social-a-la-red-hospitalaria-de-honduras-2023/>



460. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. El Estado y la salud pública en Honduras entre contextos históricos, coyunturas y un futuro cercano [Internet]. Tegucigalpa, Honduras; 2021. Disponible en: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2022-06/pnud-hn-coleccion-bicentenario-vision-desarrollo-ensayo-12-2021.pdf>

461. GOJoven Honduras. GOJoven [Internet]. 2017 [citado 8 de marzo de 2026]. GOJoven Honduras. Disponible en: <https://gojoven.org/espanol/gojoven-honduras/>

462. Acción Joven Honduras. Programa de fortalecimiento para el desarrollo integral de los jóvenes [Internet]. 2024 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://honduras.cuentanos.org/es-es/services/2722>

463. ICEFI, Plan International. Honduras. Inversión en educación, prevención y atención al embarazo en adolescentes [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.icefi.org/sites/default/files/hn_-_prevencion_embarazo_-_plan_icefi_.pdf

464. Claudino CE. Mortalidad materna en Honduras, ¿Qué podemos hacer en los servicios de salud? Rev Méd Hondur. 21 de marzo de 2025;92(Supl.2):S49-51. doi:10.5377/rmh.v92iSupl.2.19504

465. Centro de Derecho de Mujeres (CDM). Violencia sexual contra mujeres y niñas en Honduras, 2022-2023. [Internet]. 2024. Disponible en: <https://derechosdelamujer.org/wp-content/uploads/2024/11/Boletien-Violencia-sexual-2022-2023-WEB.pdf>

466. CARE Honduras. Mujeres Tejiendo Vidas Libres de Violencia [Internet]. [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://care.org.hn/mujeres-tejiendo-vidas-libres-de-violencia/>

467. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Hacia un nuevo estilo de desarrollo Plan de Desarrollo Integral El Salvador-Guatemala-Honduras-México. Diagnóstico, áreas de oportunidad y recomendaciones de la CEPAL. 2019.

468. Marinho M, Sugg D, Farias C. La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe: desafíos para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal [Internet]. 2025. (Políticas Sociales). Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/bd01e5a4-4b08-466e-a68e-37c0ff1f74d9/content>

469. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Cuenta Satélite del Sector Salud de México (CSSSM) 2024. 2025.

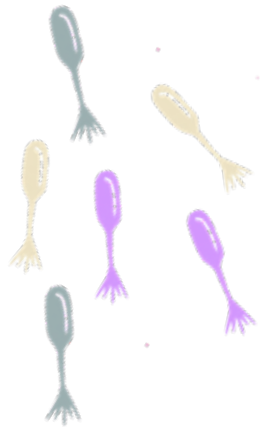
470. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas [Internet]. 2024 [citado 10 de marzo de 2026]. Perfil de país - Guatemala. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/guatemala>

471. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas [Internet]. 2024 [citado 24 de marzo de 2026]. Perfil de país - Honduras. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/honduras>

472. OECD, The World Bank. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 [Internet]. OECD Publishing; 2020 [citado 24 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.oecd.org/es/publications/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020_740f9640-es.html doi:10.1787/740f9640-es

473. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Migrantes: es inconstitucional la negativa de brindarles servicios de atención médica por falta de CURP [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/resumen/2022-06/Resumen%20AR81-2021%20DGDH.pdf>

474. Alegre V, Álvarez MY, Bianchini A, Buedo P, Campi N, Cristina M, et al. Salud digital en América Latina: legislación actual y aspectos éticos. Revista Panamericana de Salud Pública. 2 de mayo de 2024;48:1. doi:10.26633/RPSP.2024.40



475. Banco Interamericano de Desarrollo. La gran oportunidad de la salud digital en América Latina y El Caribe [Internet]. 2022. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/la-gran-oportunidad-de-la-salud-digital-en-america-latina-y-el-caribe>

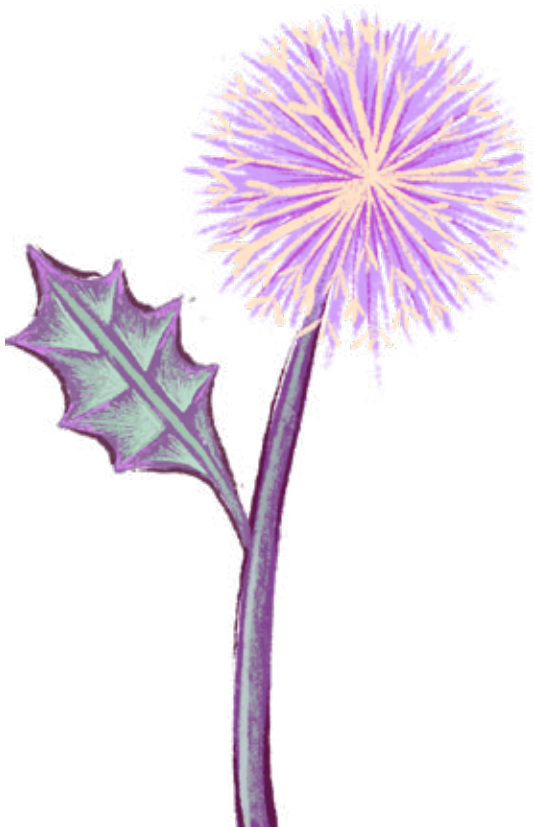
476. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. Lineamientos y Recomendaciones para Atención, Diagnóstico y Tratamiento del VIH y sida en Personas Migrantes [Internet]. 2025 [citado 30 de abril de 2026]. Disponible en: <http://www.gob.mx/censida/documentos/lineamientos-y-recomendaciones-para-atencion-diagnostico-y-tratamiento-del-vih-y-sida-en-personas-migrantes?idiom=es>

477. Leyva-Flores R, Aracena-Genao B, Bustamante ND, Bojorquez I, Cortés-Alcalá R, Gómez-López D, et al. Ten-year hospitalization trends in Mexico: Examining the profile of national and transient and migrants. *Front Public Health*. 2022;10:1060861. doi:10.3389/fpubh.2022.1060861 PubMed PMID: 36761333; PubMed Central PMCID: PMC9905618.

478. Casillas R. R. Convergencias y divergencias en los marcos jurídicos de los países del norte centroamericano, México y Estados Unidos, en materia de tráfico de migrantes. *MyD*. 30 de enero de 2018;16(30):95-121. doi:10.35533/myd.1630.rcr

479. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Ley Especial de Migración y Extranjería [Internet]. 15 de mayo de 2019. Disponible en: https://www.transparencia.gob.sv/descarga_archivo.php?id=NTUzNTM2&inst=553536

480. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Informe Especial. La problemática de niñas, niños y adolescentes centroamericanos en contexto de migración internacional no acompañados en su tránsito por México, y con necesidades de protección internacional [Internet]. Ciudad de México: CNDH; 2019. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-04/Informe-Ninez-Adolescentes-Centroamericanos-Migracion.pdf>



LA CUERPA QUE MIGRA

LA CUERPA QUE MIGRA es un proyecto de investigación y artístico de **Médicos del Mundo** que busca visibilizar las barreras que enfrentan mujeres, niñas, adolescentes y personas de la diversidad sexual migrantes en el acceso a la salud sexual y reproductiva. Este proyecto cruza datos y vivencias: por un lado la evidencia recolectada por la organización humanitaria Médicos del Mundo sobre salud sexual y reproductiva en México y Centroamérica de 2021 a 2024; por otro, la mirada sensible de la artista visual **Alexa Forero**, quien escuchó y creó una serie de obras visuales y digitales a partir de las historias de mujeres y personas de la diversidad sexual migrantes en Tapachula, Chiapas.



El informe y la obra que lo acompaña, se encuentran en el sitio interactivo:

www.lacuerpaquemigra.com

