



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CNEGSR

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE
GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

GÉNERO Y SALUD

en cifras



Mujeres migrantes en tránsito por México: riesgos y fortalezas para enfrentarlos

Sarahí Alanís Navarro
Shoshana Berenzon Gorn

La importancia de la exposición del método a los usuarios de grupos de hombres que ejercen violencia durante la pandemia del COVID 19, año 2020

Roberto Garda Salas

Volumen 20, Núm. 2
Mayo-Agosto
2022

Secretaría de Salud

Género y salud en cifras

Vol. 20 · Núm. 2

Mayo-Agosto 2022

SECRETARIO DE SALUD

Dr. Jorge Alcocer Varela

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez

ENCARGADO DEL DESPACHO

DE LA SUBSECRETARÍA

DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO

DEL SECTOR SALUD

Dr. Alejandro Manuel Vargas García

COMITÉ EDITORIAL

PRESIDENCIA

Dra. Karla Berdichevsky Feldman

Dr. Ricardo Cortés Alcalá

SECRETARIA EJECUTIVA

Mtra. Norma A. San José Rodríguez

ASESORÍA EDITORIAL

Héctor Ávila Rosas

Raffaella Schiavon Ermani

Ivonne Szasz Pianta

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Oliva López Sánchez

Dubravka Mindek Jagic

Luis Botello Lonngi

SECRETARIA TÉCNICA

Mtra. Mónica Fabiola Montero Alarcón

COORDINACIÓN EDITORIAL

Lic. Tzitzik Janik Valle Huerta

Comentarios y correspondencia:
gysenc@gmail.com

Género y salud en cifras, año 20, núm. 2 Mayo-agosto 2022, es una publicación cuatrimestral de la Secretaría de Salud, a través de la coordinación entre la Dirección de Promoción de Salud y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Homero 213, Col. Chapultepec Morales, Alc. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México.

Edición: Mónica Fabiola Montero Alarcón y Tzitzik Janik Valle Huerta. Arte y diseño: Gerardo Rivera M., Consuelo Pérez G. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo 04-2015-100713452600-203. ISSN: 2448-7058. Responsable de la última actualización de este número: Benjamín Hernández Iturbe, Soporte General de Informática del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Homero 213, Col. Chapultepec Morales, Alc. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México. Tel. +(55) 2000 3500, ext. 59139.

Los materiales publicados son responsabilidad de sus autoras/es. Cualquier parte de los contenidos e imágenes, puede ser reproducida, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente, y sea utilizada sin fines de lucro. Indizada en la base de datos Periódica del Centro de Información Científica y Humanística (CICH), de la Universidad Nacional Autónoma de México, y registrada en Latindex (Sistema Nacional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal).

Presentación	3
Mtra. Norma A. San José Rodríguez Directora de Género y Salud	

Artículos	
Mujeres migrantes en tránsito por México: riesgos y fortalezas para enfrentarlos	6
Sarahí Alanis Navarro Shoshana Berenzon Gorn	

La importancia de la exposición del método a los usuarios de grupos de hombres que ejercen violencia durante la pandemia de COVID-19, año 2020	19
Roberto Garda Salas	

Para compartir	38
-----------------------	----

Descifr3mo5	46
--------------------	----

Notigénero	53
-------------------	----

Invitación para publicar	58
---------------------------------	----

Presentación

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen cerca de 1000 millones de personas migrantes en el mundo; es decir, casi una de cada ocho personas se encuentra en esta condición. La migración afecta la salud y bienestar de quienes la viven, derivado de diversos obstáculos de acceso a los servicios; por lo que, se reconoce como un factor social determinante de la salud. La movilidad no afecta únicamente la salud física, también el bienestar mental y social.

En cuanto a la naturaleza de las poblaciones que migran, es importante reconocer la feminización del proceso migratorio. Este fenómeno se caracteriza por el hecho de cada vez más mujeres migran de manera independiente en busca de trabajo; en lugar de hacerlo como “dependientes”, con sus parejas o reuniéndose con estas últimas en el exterior (las mujeres conforman casi la mitad de los 272 millones de personas migrantes y la mitad de los 19,6 millones de personas refugiadas del mundo).

El género incide en todos los procesos migratorios y actúa en detrimento de las condiciones de salud y seguridad de las mujeres que migran, especialmente aquellas que lo hacen de manera irregular. Por ello, en esta ocasión, presentamos a ustedes el segundo número del volumen 20 de la revista *Género y Salud en Cifras* que centra diversas secciones en un tópico que requiere atención puntual y urgente: la salud de las personas migrantes y sus intersecciones.

El primer artículo, *Mujeres migrantes en tránsito por México: riesgos y fortalezas para enfrentarlos*, escrito por Sarahí Alanis Navarro y Shoshana Berenzon Gorn, condensa información proveniente de diferentes investigaciones, principalmente cualitativas, en las cuales participaron mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México.

La información contextualiza los riesgos que enfrentan las mujeres migrantes, así como las fortalezas internas y externas que utilizan para afrontarlos. En este artículo se resalta la importancia de las redes de apoyo, como una de las fortalezas más valiosas entre las mujeres migrantes.

Este conocimiento abona a reducir la vulnerabilidad que se ve reflejada en problemas de acceso y atención en salud para la población estudiada; siendo la violencia un problema latente dentro del proceso migratorio.

Si bien las mujeres migrantes viven una especial exposición a la violencia, ésta no es exclusiva de quienes viven experiencias migratorias; según estimaciones publicadas por la OMS, alrededor de una de cada tres (30%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida.

Los números colocan a esta problemática como un asunto de salud pública; por lo que, construir entornos familiares libres de violencia es también un objetivo en pro del respeto al derecho a la salud y a vivir una vida libre de toda forma de violencia.

Por ello en el segundo artículo de este número, *La importancia de la exposición del método a los usuarios de grupos de hombres que ejercen violencia durante la pandemia de la COVID-19*, escrito por Roberto Garda Salas, director de Hombres por la Equidad A.C., se comparten los aprendizajes obtenidos en los grupos de reflexión realizados por la asociación civil con hombres que consideraban tener violencia en la pareja mediante la metodología del Programa Nuevas Habilidades Para los Hombres (PNHPPH).

Esta metodología propone que los hombres definan y nombren sus identidades distintas desde el ejercicio de la igualdad con la pareja y las hijas e hijos, asimismo, dentro de su comunidad. Derivado de la exposición al método, los hombres reflexionan acerca de las distintas direcciones sobre el ejercicio de su violencia contra la pareja; también, muestran una mayor apropiación de las pautas metodológicas para construir conductas igualitarias y equitativas con ella.

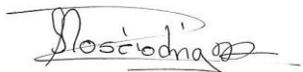
Dentro de las secciones *Descifremos* y *Para Compartir* retomamos el tema de la migración por los huecos estadísticos y de información cuantitativa que inciden directamente en políticas públicas; causados, en algunos casos, por la naturaleza misma de la población migrante y en movilidad (sobre todo aquella que vive una situación irregular).

En *Descifremos* vertemos información numérica que ofrece un panorama muy general acerca de las barreras y la calidad en el acceso a los servicios de salud; mientras que, en *Para compartir* recopilamos diversos documentos que analizan algunos retos y avances en el binomio de migración y salud pero, también, escritos que reúnen acciones en 3 niveles de operación: federal, estatal y jurisdiccional.

Dentro de la última sección mencionada, hemos agregado un nuevo elemento llamado *Más allá de la gramática*, con este componente buscamos explicar e incorporar vocablos incluyentes y libres de discriminación, no solamente con el fin de la corrección política sino para modificar la percepción de distintas realidades mediante el uso de discursos con un enfoque más humano. De igual manera, pretende ofrecer herramientas para el cumplimiento del Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal en el que establece que las personas servidoras públicas emplearán lenguaje incluyente en todas sus comunicaciones.

Por último, queremos invitarles a seguir en la construcción de espacios de atención a la salud incluyentes y equitativos con las diversas poblaciones que viven desigualdades a través de sus aportes; por lo que, cerramos el número con la *Invitación a publicar*.

Agradecemos como siempre el interés en los temas que trata esta publicación, esperando que la información compartida en este número nos ayude al entendimiento de que el goce pleno de los derechos, como el de salud, no debería estar ligado a ninguna situación migratoria.



Mtra. Norma A. San José Rodríguez
Directora de Género y Salud

Mujeres migrantes en tránsito por México: riesgos y fortalezas para enfrentarlos



Sarahí Alanis Navarro

Doctora en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Es colaboradora en proyectos de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" y la Universidad Nacional Autónoma de México.

alanisarah@gmail.com

Shoshana Berenzon Gorn

Doctora en Psicología Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. Forma parte del Sistema Nacional de Investigadores desde el 2006 y actualmente es investigadora Nivel III. Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".

berenz@imp.edu.mx

Resumen

La información condensada en este trabajo proviene de diversas investigaciones, principalmente de corte cualitativo, en donde participaron mujeres migrantes centro-americanas en tránsito por México. Se describen las características sociodemográficas comunes entre las mujeres entrevistadas en los estudios, y se resaltan sus motivaciones más frecuentes para migrar. Esta información sirve de marco para contextualizar los riesgos que enfrentan las migrantes durante su trayecto, así como las fortalezas internas y externas que utilizan para enfrentarlos. El conocimiento de las fortalezas que contribuyen a reducir su vulnerabilidad durante el viaje constituye un material valioso para identificar algunos recursos que puede permitirles continuar su tránsito en condiciones más seguras.

Palabras clave:

género, migración, vulnerabilidad

Introducción

Las personas migrantes en situación irregular que transitan por México provienen, principalmente, de tres países: Guatemala, El Salvador y Honduras. La migración irregular es, prácticamente, su única alternativa para migrar, debido a las restricciones de visado que se imponen a estos países.¹ Se trata de un fenómeno complejo que depende, no solo del alto grado de inseguridad y de violencia que se vive en esos países, sino también de un conjunto de factores, con dimensiones socioeconómicas, políticas y culturales.¹

Esta migración irregular expone a las personas migrantes a diversos riesgos y a una constante violación de sus derechos humanos. Dentro de este grupo, las mujeres se encuentran en una posición más vulnerable, por el simple hecho de ser mujeres; en particular, tienen más probabilidad de ser víctimas de violencia.² El abordaje de la migración, desde una perspectiva de género, cobra aún más relevancia a partir de un cambio que inició en la década de los 70, descrito por diversos autores como feminización de las migraciones.^{3,4,5}

La feminización de las migraciones hace referencia al incremento en el número de mujeres que participan en los procesos migratorios. En México, en el primer semestre de 2022, las mujeres representaron el 22.6% del total de personas extranjeras presentadas o canalizadas por la autoridad migratoria.⁶ Aunado a un mayor número de mujeres en los procesos migratorios, la feminización implica que éstas tienen nuevos roles, tradicionalmente, habían sido consideradas como acompañantes de los hombres o parte de las reunificaciones familiares.⁷

Actualmente, las mujeres son protagonistas de su proyecto migratorio, viajan de manera autónoma, son proveedoras y jefas de hogar.^{8,9} Este rol económico que asumen las mujeres en la migración es crucial en los procesos de transformación social, en pro de la igualdad de género, tanto en las zonas de origen como de destino.⁸ La migración, para las mujeres, constituye un primer paso hacia una mayor autonomía en la toma de decisiones sobre sus vidas y las de sus hijas/os.¹⁰ Sin embargo, como se describirá en este trabajo, sus condiciones de migración también las expone a mayores riesgos durante el trayecto.

Perfil de las mujeres y motivos para migrar

La información descrita proviene de diversos estudios, principalmente de corte cualitativo. En estas investigaciones, generalmente, mediante entrevistas en profundidad y semiestructuradas, se exploraron las experiencias y percepciones de mujeres migrantes centroamericanas, en torno a su tránsito por México. En el momento de las entrevistas, las participantes se encontraban alojadas en albergues, ubicados en estados del norte del país (Nuevo León, Sonora, Baja California, Tamaulipas) y en ciudades de tránsito de migrantes, en los estados de Chiapas, Veracruz, Tabasco y Oaxaca.

Las mujeres que colaboraron en las investigaciones eran migrantes en situación irregular provenientes de Guatemala, Honduras y El Salvador. La mayoría tenía la intención de llegar a Estados Unidos, aunque algunas expresaron que su lugar de destino era un par de estados del norte de la República. Todas ellas compartían un contexto similar de desigualdad, pobreza y falta de oportunidades. Estas condiciones de violencia y precariedad que vivían en sus lugares de origen, las acompañaron a lo largo del proceso migratorio.

Entre las características sociodemográficas comunes en las mujeres que colaboraron en los estudios se observa que eran migrantes jóvenes, sus edades oscilaban entre los veinte y treinta años, la mayoría tenía estudios de primaria, secundaria o sin estudios. Casi todas las entrevistadas eran madres; cerca de mitad eran solteras, por lo tanto, eran las únicas proveedoras del hogar. Solo un pequeño grupo viajaba con sus hijas e hijos, en general, les dejaban en su país de origen, a cargo de algún familiar. Las mujeres transitaban acompañadas por algún familiar, un traficante de personas o alguna persona migrante que conocían en el trayecto.

En los estudios revisados se advierte que los principales motivos para migrar fueron las precarias condiciones de vida en su país de origen, los altos niveles de violencia, la inseguridad y la pobreza; la violencia no solo provenía de los grupos delincuenciales, sino también de sus parejas. Estas condicionantes se traducen, entre otros aspectos, en la falta de oportunidades, de empleo, salud y educativas. También decidieron migrar por miedo a perder la vida o sufrir daños físicos y emocionales. Otro poderoso motivo para salir del país se relacionó con la posibilidad de ofrecer un mejor futuro a sus hijas e hijos. Por lo tanto, la búsqueda de seguridad y las motivaciones económicas fueron dos razones fundamentales para emigrar.

Las mujeres migran con la esperanza de insertarse en un mercado laboral con mayores oportunidades y trabajos mejor remunerados. Sus proyectos migratorios se basan en la búsqueda de mejorar sus condiciones de vida, las de sus familiares y, sobre todo, la de sus hijas e hijos.⁷ Además de mejorar su situación económica, un objetivo central es proporcionar una mejor educación a sus descendientes, aunque algunas también expresaron el interés por su propia educación.¹¹ Con menor frecuencia, la reagrupación familiar fue un motivo para migrar.¹² Obtener satisfactores básicos como una vivienda, seguridad social o simplemente una alimentación suficiente también formaron parte de sus razones para migrar.¹³

Riesgos que enfrentan las migrantes en su tránsito por México

Las mujeres, en mayor medida que los hombres, buscan evadir los controles y peligros del tránsito por el país. En este sentido, la clandestinidad en la que viajan suele ser mayor, incrementando su exposición a diversos riesgos.¹⁴ Los principales riesgos que enfrentan las mujeres migrantes en situación irregular, por su condición de género, se relacionan con los diferentes tipos de violencia, en particular, la violencia sexual.

La violencia sexual toma muchas formas en los relatos de las mujeres: abuso verbal con carga sexual; acoso o avances sexuales no deseados, incluidas las demandas de sexo a cambio de favores; violaciones; prostitución forzada; trata de personas con fines de explotación sexual y muchos otros medios de apropiación de los cuerpos femeninos.^{3,9,12}

Si bien, las organizaciones criminales son vistas como las principales perpetradoras de la violencia, durante el trayecto las migrantes descubren que la violencia puede provenir de diferentes actores.³ La violencia es ejercida, no solo por quienes debían protegerlas, como las autoridades mexicanas (agentes de migración, policías, etc.); sino también por quienes las acompañaron y brindaron ayuda durante las diferentes etapas del viaje (traficante de personas, compañeros de viaje e, incluso, su pareja).^{3,9,12,15}

Terrón¹⁰ plantea que, además de la condición de género, la violencia es sostenida e incrementada por diversos factores como la discriminación que sufren al ser extranjeras y vivir situaciones migratorias irregulares; las políticas restrictivas en torno a la migración, que incrementan los controles fronterizos, provocan que las migrantes utilicen rutas más adversas; la proliferación de grupos criminales y de personas que atentan contra sus derechos; y los escasos recursos (materiales, personales y sociales) con los que cuentan las mujeres para hacer el viaje, especialmente aquellas que lo realizan solas.

Un aspecto que invisibiliza la violencia es que, las víctimas y testigos no confían en las personas funcionarias encargadas de hacer cumplir la ley, entre otras razones, porque las migrantes son vistas como personas con situación migratoria irregular que deben ser procesadas y deportadas a su país de origen.¹⁶ A pesar de que sus derechos humanos son gravemente violados, las víctimas se sienten incapaces de buscar justicia social,¹⁷ debido a la desconfianza hacia las instituciones públicas y las autoridades, a quienes perciben como corruptas.³ Algunas mujeres también expresaron su desconocimiento sobre a dónde y con quién acudir para denunciar el delito.¹⁸

La exposición constante a la violencia, además, tiene graves repercusiones en la salud y salud mental de las migrantes. Una de las principales afectaciones se manifiesta en la salud sexual y reproductiva de las víctimas, como la alta probabilidad de contagio y propagación de enfermedades de transmisión sexual, el riesgo de embarazos no deseados, abortos forzados, maternidad temprana y falta de atención perinatal.¹⁹

Los peligros constantes que enfrentan –aunados a las diversas preocupaciones y a la tristeza por no estar con su familia– genera en las migrantes un profundo desgaste emocional, que puede repercutir en su salud mental.¹⁵ Estos malestares, en algunos casos las lleva a renunciar a su proyecto migratorio por miedo, agotamiento o frustración,¹⁰ o les impide tener un trabajo y, por lo tanto, mantenerse a sí mismas y a su familia.²⁰

Este malestar psicológico también se presenta porque transitan en un estado de incertidumbre, angustia y preocupación por ser deportadas. Es frecuente que se sientan preocupadas por lo que pueda sucederles y por lo incierto de su futuro. Esta condición les genera una percepción ambivalente; por un lado, tienen el “deseo” de mejorar su calidad de vida y, por el otro, el temor de que este sueño nunca pueda lograrse. Se entremezclan sentimientos que pueden parecer contradictorios, como la esperanza y el miedo al fracaso.²¹

Está ampliamente documentado que la población migrante tiene una alta vulnerabilidad a desarrollar trastornos mentales, como estrés postraumático, ansiedad, depresión, trastorno del sueño, riesgo de suicidio, entre otros.^{22,23} Ser mujer, experimentar múltiples eventos traumáticos, el desplazamiento prolongado, el desempleo y el empobrecimiento, son los predictores más comunes de un trastorno mental.²⁴

Más allá de un diagnóstico psiquiátrico, en algunos estudios, las personas migrantes expresaron sentir miedo, tristeza, preocupación por los familiares, angustia, desesperación, impotencia por no poder avanzar, temor de regresar a su país, soledad, enojo, frustración, indecisión sobre continuar el viaje e, incluso, ideación suicida.^{22,25} Entre las manifestaciones emocionales más comunes, tanto en hombres como mujeres, figura el estrés, el llanto, la pérdida de sueño, los dolores de cabeza, el cansancio, la falta de apetito y la fatiga.²⁵

En el caso específico de las mujeres es frecuente la depresión, la ansiedad y el trauma complejo, este último es vinculante a su historia de victimización y al trauma constante, desde la niñez. Es decir, la violencia que sufren en su lugar de origen se incrementa durante el tránsito por un país, también marcado por patrones socioculturales discriminatorios y de violencia contra las mujeres. De este modo, se favorece un continuum de violencia y discriminación.²⁶

La situación de violencia deja una profunda huella en la salud mental de las mujeres migrantes que suele pasar desapercibida, debido al estigma y a la falta de medios institucionales que aseguren la identificación y atención oportuna.²⁷

Fortalezas internas y externas de las migrantes para enfrentar los riesgos

La consciencia que tienen las mujeres sobre su mayor grado de vulnerabilidad, en comparación con los hombres, las motiva a desarrollar estrategias dirigidas a reducir los riesgos durante el viaje.³ El grado de vulnerabilidad de las migrantes está en función de variables como la nacionalidad, edad, nivel de profesionalización, experiencia previa de viaje, medio de transporte utilizado, redes de apoyo, planeación del viaje y acceso a información.¹²

La vulnerabilidad se relaciona con un resultado no deseado, derivado de la exposición a peligros que ocasionan algún tipo de daño; sin embargo, este concepto también hace referencia a la capacidad de respuesta, que depende de los recursos personales. Estos recursos determinan las posibilidades y el alcance de las estrategias empleadas para superar las situaciones críticas y sus consecuencias.²⁸

Ante la vulnerabilidad, derivada de la exposición a peligros por razones de género, las mujeres migrantes se distinguen de los hombres por su forma de tomar decisiones y comportarse durante el viaje: son más cuidadosas en la planeación y toman más medidas protectoras.¹² Las migrantes despliegan diversas estrategias que les permiten reducir los efectos perjudiciales durante su tránsito por México, lo que contribuye a explicar su menor exposición a robos, asaltos, accidentes mortales y muertes violentas.²⁹ Aunque estas medidas pueden reducir el riesgo de sufrir violencia sexual, este problema sigue siendo más frecuentes en este grupo, en comparación con los hombres.³⁰

En este trabajo se utiliza la propuesta de Lemus³¹ con la finalidad de describir los recursos que utilizan las mujeres para minimizar sus riesgos durante el viaje. El autor distingue estos recursos entre fortalezas internas y externas. Las fortalezas internas son las habilidades, cualidades o creencias de las mujeres migrantes para hacer frente a los riesgos (religión, espiritualidad, resistencia, coraje y establecimiento de metas). Las fortalezas externas incluyen los recursos humanos, institucionales o materiales.

Fortalezas internas

Una estrategia referida por las mujeres para enfrentar los riesgos en el trayecto es generar un conjunto de ideas y expectativas sobre el futuro que construirán una vez que lleguen a su destino.⁹ La esperanza les ayuda a soportar las experiencias de violencia, porque creen que sus dificultades terminarán con su viaje.⁹ A pesar de los riesgos, mantienen la intención de emigrar con la esperanza de que “todo lo que les pase valdrá la pena al final”.³² La voluntad de atravesar cualquier situación hace que las mujeres sean capaces de lograr sus objetivos, por más difícil que sea el camino.³¹

Además de estos valores, como la voluntad y la esperanza, se identifican otras estrategias personales, dirigidas a afrontar el sufrimiento, como relativizar el riesgo que han sufrido,⁸ o justificar el abuso sexual, posiblemente como una forma de lidiar con el hecho de que no pueden defenderse de los actos de intrusión.⁹ Algunas hablaron de aguantar, lo que implicaba sacrificar la comodidad. Otra fortaleza referida fue el coraje para enfrentar las dificultades del camino y lograr su meta.⁹

Un recurso utilizado ampliamente por las migrantes para minimizar el efecto de ciertos peligros es informarse, por ejemplo, sobre el viaje, las condiciones en las que iniciarían el trayecto, los peligros que enfrentan, dependiendo de la ruta, etc.⁸ La información favorece que las mujeres planeen su proceso migratorio, permitiéndoles anticiparse para responder ante diversos factores de estrés durante el viaje.^{8,11} Las mujeres con un mayor nivel de escolaridad han mostrado discursos más reflexivos sobre las metas de su viaje, una mayor consciencia sobre los riesgos y una mayor disponibilidad de recursos para desplegar las estrategias.^{10,29}

La información que reciben, principalmente de personas con experiencia migratoria, suele traducirse en acciones específicas, como cuidar la vestimenta para ocultar su femineidad; decir que están casadas con algún compañero de viaje o familiar; viajar en tren, avión o autobús, con permiso de visita; utilizar el apoyo de las casas del migrante en la ruta seleccionada; utilizar anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados (como medida preventiva debido a las posibles violaciones); procurar no entablar conversaciones en las que expongan a sus contactos en Estados Unidos o en su país de origen, entre otras.^{12,13,17,32,33}

El acceso a redes sociales virtuales como Facebook y WhatsApp fueron referidas como un medio importante para recibir información, por ejemplo, sobre los métodos de viaje más seguros, la ubicación de los puntos de control de migrantes, las líneas de autobús menos costosas, los lugares seguros para quedarse, las opciones para conseguir vivienda y empleo, entre otras recomendaciones vitales para incrementar su seguridad y mejorar sus condiciones en el trayecto.¹⁶

Uno de los recursos internos más valiosos para la mayoría de las migrantes es la espiritualidad. Su fe les permitió encontrar una mayor fortaleza para continuar su camino.³² Las mujeres con creencias religiosas recurren a Dios en búsqueda de protección, como el principal recurso para superar los peligros y lograr su objetivo.³³ Una creencia compartida es que Dios las apoya para lograr su objetivo de tener un futuro diferente, libre de violencia.⁹ Su fe en Dios les permitió aguantar y afrontar los momentos de angustia y desesperación para sobrevivir sus viajes.⁹

Pedir un milagro y esperar que este ocurriera, en algunas ocasiones, era lo único que las ayudaba a mantener el ánimo y la esperanza.³² La esperanza de un futuro mejor y la posibilidad de escapar de la violencia sexual se sostenían por la creencia en un Dios justo, consolador, pero también vengador.⁹ En conjunto, para las migrantes, las fortalezas internas –incluyendo valores, como la esperanza, la voluntad o el coraje, la información, las habilidades de planeación y la espiritualidad– han sido recursos vitales para enfrentar y superar las experiencias adversas durante el viaje.

Fortalezas externas

La principal fortaleza externa que utilizan las mujeres para superar las situaciones críticas durante el viaje son las redes de apoyo. La familia es una red crucial para sobrellevar las situaciones adversas que atraviesan, y en el discurso de algunas entrevistadas la familia es una fuente valiosa para el cuidado de su salud mental ante situaciones de estrés.³¹ El apoyo de la familia en la crianza de sus hijas e hijos es determinante para que las mujeres tomen la decisión de migrar. La mayoría de las migrantes dejan a sus hijas/os al cuidado de algún familiar, no solo para evitar los riesgos del trayecto, sino porque están conscientes de que, al estar en Estados Unidos, no tendrán tiempo para cuidarlos.¹¹

Las mujeres también recurren a su familia en forma de pensamiento, y procuran mantenerse en comunicación por vía telefónica o mediante las redes sociales virtuales.^{16,31} Además de la familia en su lugar de origen, algunas migrantes cuentan con el apoyo de familiares que radican en Estados Unidos, quienes les brindan ayuda monetaria, y la esperanza de colaborar en la búsqueda de empleo, una vez que lleguen a ese país.¹⁵

Una estrategia utilizada ampliamente por las mujeres es migrar acompañadas. Antes de salir de su país, buscan a una persona que pueda hacer el viaje con ellas, generalmente hombres que las “protejan” durante el tránsito migratorio.³ Algunas salen de sus comunidades con su pareja, en un proyecto común de migración; otras se desplazan con parientes directos, vecinos o allegados.³⁴ También pueden conocer a sus actuales compañeros o compañeras durante el trayecto.

Es común que las migrantes busquen protección en la figura del traficante de personas, generalmente, sus familiares o amigos les recomiendan a un traficante de personas que ha mostrado cumplir con lo acordado.²⁹ El uso de este recurso puede aumentar la probabilidad de que las migrantes ingresen al país de destino, reducir el tiempo de traslado y, cuando los viajes son en grupo, les brinda una sensación de seguridad.¹⁴ Sin embargo, estas figuras, al ser traficantes de personas, pueden poner en riesgo su seguridad e integridad física, al explotarlas para la trata e incorporarlas a la industria sexual.^{8,29,34}

Algunas estrategias que implementan las mujeres para sobrevivir y salir adelante pueden generar riesgos extremos. Un ejemplo es el sexo transaccional, mecanismo que les permite obtener recursos, comida, albergue, etc. Si bien, este intercambio supone una agresión para su integridad física y psicológica, es un recurso utilizado por algunas mujeres para continuar su viaje.^{12,13,20} Algunas migrantes perciben las relaciones sexuales no deseadas como una de las herramientas necesarias para facilitar su paso y protegerse de daños mayores.³⁰

En el contexto de migración, las relaciones entre los sexos oscilan entre un trato solidario y la posibilidad de agredir y sacar ventaja de la vulnerabilidad de las mujeres.^{9,13} Ante este doble rol que pueden tener los hombres hacia las migrantes, emerge una fortaleza valiosa: la sororidad. Esta relación entre las mujeres las dota de un sentido de seguridad y pertenencia. En ese ambiente de inseguridad, transitar con otras mujeres se convierte, para muchas de ellas, en un imperativo.⁹

Las mujeres comparten sus alimentos o dinero, se apoyan entre sí, se dan ánimos y platican, compartiendo sus expectativas y esperanzas.^{15,32} Algunas se congregan para no ser sacadas del grupo, especialmente en la noche,³ o se reúnen con otras mujeres que viajan con su esposo, ya que sienten que viajar en grupos las mantiene más seguras a ellas y a sus hijas/os.¹⁶

Además de las redes de apoyo, una fortaleza externa importante fueron los albergues. Estos espacios, ubicados estratégicamente a lo largo de la ruta migratoria, constituyen un recurso institucional muy valioso para las migrantes. Los albergues, principalmente, brindan alojamiento y alimentación, aunque algunos tienen un espectro más amplio de actuación: asistencia jurídica, apoyo religioso, información sobre riesgos, servicios médicos y psicológicos.^{18,34} También es frecuente que proporcionen internet inalámbrico gratuito, servicio crucial para que las migrantes se mantengan en comunicación con su familia.¹⁶

Es común que las migrantes consideren estos alojamientos transitorios como santuarios para descansar, obtener algún alivio y permanecer protegidas.⁹ Sin embargo, debido a que los albergues visibilizan a las personas migrantes frente a los delincuentes y, en algunos casos, en estos lugares se cometen agresiones sexuales, algunas mujeres prefieren hospedarse en hoteles o casas de huéspedes.^{9,29}

Los recursos monetarios son determinantes para elegir la ruta migratoria. Las mujeres utilizan en menor porcentaje el medio de transporte más peligroso y prácticamente gratuito (el tren) y optan por los más seguros, como los autobuses y vehículos particulares, que son más costosos.²⁹ Además de la selección de estos medios de transportes, las mujeres suelen invertir mayores recursos económicos, debido a que optan por rutas menos identificables, con el propósito de evadir los controles y peligros del tránsito por México,¹⁴ generalmente en esta opción está implícita el uso de un traficante de personas. Sin embargo, debido a la menor visibilidad de estos caminos, su seguridad es muy frágil, en particular para aquellas que realizan el viaje solas.⁸

Consideraciones finales

En la exposición previa se advierte que, entre las principales necesidades de atención de las migrantes está su seguridad (incluyendo la protección de sus derechos humanos), la satisfacción de sus necesidades básicas, así como la prevención y atención de algunos problemas de salud, en particular de su salud sexual y reproductiva y su salud mental.

El conocimiento de las fortalezas, tanto internas, como externas, que utilizan las migrantes para reducir su vulnerabilidad durante el viaje, constituye un material valioso para promover el acceso a los recursos indispensables que les permita continuar su tránsito en condiciones más seguras.

Es innegable que, tal vez el principal factor que fomenta la vulnerabilidad de las y los migrantes, son las políticas migratorias restrictivas, que obligan a las personas en situación migratoria irregular a esquivar los controles migratorios, para evitar su detención y deportación. Si bien, esta búsqueda de invisibilidad implica un enorme riesgo para todas las personas migrantes, para las mujeres se traduce en múltiples formas de violencia.

El cambio en las políticas migratorias es urgente. La posibilidad de emprender un viaje de forma regular, a través de México, contribuiría a minimizar los riesgos que enfrentan las migrantes. Kuhner²⁰ propone algunas estrategias, como otorgar una autorización de estancia temporal o acuerdos de supresión de visa, tomando en cuenta los factores que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres.

Si bien, las migrantes muestran grandes fortalezas para responder y enfrentar las adversidades en el camino, no podemos asumir que el despliegue de estos recursos debe ser una responsabilidad individual.²⁸ Las vulnerabilidades se pueden reducir con cambios en las políticas migratorias; protegiendo los derechos humanos de las personas migrantes; reduciendo las restricciones para obtener un empleo digno; alfabetizando en salud mental; incrementando el acceso de las migrantes a los programas de salud sexual y reproductiva; fortaleciendo las redes de apoyo entre diversos sectores; creando más albergues y dotándolos de mayores recursos humanos y materiales, para mejorar sus condiciones, ampliar sus servicios e incrementar la seguridad.

Con relación a la violencia, es necesario fortalecer las medidas para garantizar la seguridad de las migrantes, brindar atención a las víctimas, ofrecer servicios de asesoramiento y programas de prevención y tratamiento con perspectiva de género.³⁵ Es también imperante implementar estrategias que promuevan la cultura de la denuncia. Una propuesta para favorecer esta acción es realizarla a través de alguna persona que represente a la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) o religión, considerando la confianza que tienen las personas migrantes en estas instituciones, principalmente en las religiosas.¹⁸ A la par, es indispensable brindar información a las y los migrantes sobre sus derechos y los lugares que les pueden brindar protección.

Otra tarea indispensable es garantizar la protección y promoción de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, atendiendo los problemas de salud más urgentes, como el embarazo adolescente, las enfermedades de transmisión sexual y los abortos forzados. Una acción que han contribuido a mejorar la salud de este grupo es la disponibilidad de servicios materno-infantiles y de atención médica en las clínicas. Otra estrategia útil es proveer a las migrantes de los productos básicos de planificación familiar para reducir el riesgo de embarazo.³⁶ También se ha reportado como medida efectiva ofrecer a la mujer víctima de delito sexual la pastilla del día siguiente,¹⁸ acatando lo que dicta la Norma Oficial Mexicana (NOM-046-SSA2-2005). Es vital que estas acciones estén integradas en un programa de capacitación que brinde información sobre las alternativas para prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual; las indicaciones para utilizar los productos proporcionados, así como los lugares para reabastecerse de estos recursos materiales.

Los programas de capacitación además deben ampliar el conocimiento de las migrantes sobre los aspectos legales relacionados con el proceso migratorio, incluyendo sus derechos y obligaciones al permanecer en el territorio nacional. La información sobre las instancias a donde pueden acudir para satisfacer diversas necesidades (alimentación, trabajo, educación, etc.), es también un recurso al que pueden acceder mediante un programa integral de capacitación. La información es una variable que reduce el grado de vulnerabilidad de las migrantes, este conocimiento empodera a las mujeres, al dotarlas de recursos para enfrentar diversas vicisitudes.

La salud mental es otra gran tarea pendiente con este grupo. Si bien, en la población general hay una enorme brecha en el acceso a los servicios de salud, salud mental y apoyo psicosocial, esta brecha es mayor entre la población migrante. Quienes migran transitan con malestares y trastornos mentales que no son tratados, incrementando y prolongando su sufrimiento. Algunos servicios que pueden dar respuesta a estas demandas son los servicios de consejería y pláticas de apoyo psicológico.²⁵ Entre los principales objetivos de los programas de salud mental y psicosociales están fortalecer los recursos de las personas migrantes, como los vínculos sociales, la agencia, la capacidad proactiva, el conocimiento del idioma, entre otros.³⁷ Específicamente, en las intervenciones de salud mental, la educación sobre la ansiedad y las habilidades de afrontamiento han mostrado ser efectivas para aliviar los síntomas.³⁶

Finalmente, aunque estas consideraciones están lejos de ser exhaustivas, se resalta la importancia de las redes de apoyo, como una de las fortalezas más valiosas entre las migrantes. Si bien, el apoyo de la familia, de las instituciones religiosas, del personal de los albergues, de algunos grupos de sociedad civil y de las personas migrantes, constituyen sus principales redes, el Estado es una figura ausente. El Estado, entre otras acciones, tendría el papel de coordinar, impulsar y fortalecer el trabajo colaborativo de estas redes. Sin embargo, en los relatos de las migrantes, impera la desconfianza y el temor hacia las autoridades (migratorias y policiales).

En este clima de inseguridad, temor y violencia, la sororidad surge como un valor imperativo, las mujeres mostraron solidaridad y confianza, compartieron sus alimentos, recursos y experiencias. Se congregaron para enfrentar los peligros y, al mismo tiempo, para exigir una migración segura y libre de violencia. Esta imagen muestra la urgente necesidad de políticas de protección para las migrantes en tránsito por el país, así como de políticas basadas en una perspectiva de género y fundamentadas en el respeto a los derechos humanos.

Referencias bibliográficas

1. McAuliffe M, Triandafyllidou A. Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022. Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones; 2021.
2. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Situación de los migrantes en tránsito. 2016.
3. Anguita C, Sampó C. The case of migrant women from the central american northern triangle: how to prevent exploitation and violence during the crossing. *Revista Brasileira de Política Internacional*. 2021; 64 64(2): 2005.
4. Barañano M, Marchetti, S. Perspectivas sobre género, migraciones transnacionales y trabajo: rearticulaciones del trabajo de reproducción social y de cuidados en la Europa del Sur. *Investigaciones Feministas*. 2016; 7(1): 9-33.
5. Roldán G, Castro, D. Sarmiento AL. Hacia la construcción de políticas públicas a favor de las mujeres migrantes. El caso de Chiapas en México. *Dilemata*. 2012; 4(10): 85-118.
6. Secretaría de Gobernación, Subsecretaría de Derechos Humanos, Población y Migración, Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas. Estadísticas migratorias. Síntesis 2022. 2022.
7. Rebolledo T, Rodríguez R. Mujeres migrantes, vulnerabilidad y derechos humanos. *CRCS*. 2019; 6(2): 59-69.
8. Monreal MC, Terrón T, Cárdenas R. Las mujeres en los movimientos migratorios en la frontera norte de México. *Pedagoga Social. Revista Interuniversitaria*. 2014; 23: 45-69.
9. Soria H, Alday A, Alday E, Limón N, Manzanares P, Tena A. "We All Get Raped": sexual violence against Latin American women in migratory transit in Mexico. *Violence against women*. 2022; 28(5): 1259-1281.
10. Terrón T, Monreal MC. Mujeres migrantes en tránsito en la Frontera Norte de México: motivaciones y expectativas socioeducativas ante el sueño americano. *Papeles poblac*. 2014; 20(82). 138-166.
11. Terrón T, Cárdenas R, Cueva TE, Vázquez B. Educación y mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México: la educación como variable y expectativa futura en el proceso migratorio. *Revista Complutense de Educación*. 2018; 29(3): 791-805.
12. Aikin O. (2017). Tránsito migratorio por el occidente de México: el factor género como fuente cualificada de vulnerabilidad. En: González A, Aikin O, editors. *Procesos migratorios en el occidente de México*: ITESO; 2017. p. 77-106.
13. Willers S. Migración y violencia: las experiencias de mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México. *Sociológica (México)*. 2016; 31(89): 163-195.

14. Reyes A. Migración centroamericana femenina en tránsito por México hacia Estados Unidos. En La situación demográfica de México. Conapo. 2014; 245-254.
15. Ochoa A, Flores N. Mujeres migrantes centroamericanas y su tránsito por México. Equilibrio Económico, Revista de Economía, Política y Sociedad. 2012; 8 (33): 67-88.
16. Schmidt LA, Buechler S. "I risk everything because I have already lost everything": Central American female migrants speak out on the migrant trail in Oaxaca, Mexico. Journal of Latin American Geography. 2017: 139-164.
17. Angulo C. The categorized and invisible: The effects of the 'border' on women migrant transit flows in Mexico. Soc Sci. 2019; 8(5): 144.
18. Cárdenas R, Vázquez BD. Recursos disponibles para la protección de mujeres migrantes en tránsito por Tamaulipas. Papeles de población. 2014; 20(79): 169-207.
19. Morales S. Central American migrants in transit through Mexico women and gender violence; challenges for the Mexican state. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2014: 161: 263-268.
20. Kuhner G. La violencia contra las mujeres migrantes en tránsito por México. Opinión y debate. 2011; 6:19-26.
21. OIM, ONU, Migración. Guía para la atención psicosocial a personas migrantes en Mesoamérica. Costa Rica: Organización Internacional para las Migraciones; 2018.
22. Jiménez EV. La desprotección de la salud mental de la población desplazada forzosamente: estudio de caso del Triángulo Norte de Centroamérica. Deusto Journal of Human Rights. 2022: (9), 105-131.
23. REDLAC. El Impacto de la Violencia en el Acceso y la Garantía del Derecho a la Salud de las Personas Desplazadas en el Norte de Centroamérica y México. México: REDLAC; 2020.
24. Cantor D, Swartz J, Roberts B, Abbara A, Ager A, Bhutta ZA, Blanchet K, Madoro D, Chukwuorji JC, Daoud N, Ekezie W, Jimenez C, Jobanputra K, Makhshvili N, Rayes D, Restrepo MH, Rodriguez AJ., Salami B, Smith J. Understanding the health needs of internally displaced persons: a scoping review. J Migr Health. 2021; 4: 100071.
25. Temores G, Infante C, Caballero, M, Flores F, Santillanes N. (2015). Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. Salud Publica Mex. 2015; 57(3): 227-233.
26. INCIDE Social, Sin Fronteras. Construyendo un modelo de atención para mujeres migrantes víctimas de violencia sexual, en México. 2012.
27. Médicos Sin Fronteras. Sin salida la crisis humanitaria de la población migrante y solicitante de asilo atrapada entre Estados Unidos, México y el triángulo norte de centroamérica (TNCA). MSF; 2020.

28. Rojas ML. Precariedades y vulnerabilidades en la migración. Notas para el análisis de la situación de mujeres centroamericanas en México. *Astrolabio: Revista Internacional de Filosofía*. 2017; 19: 218-230.
29. Torre E. Mujeres migrantes en tránsito por México. La perspectiva cuantitativa y de género. *La ventana. Revista de estudios de género*. 2021; 6(54): 209-239.
30. Leyva R, Infante C, Cutiérrez JP, Quintino F, Gómez M, Torres C. (2019) Migrants in transit through Mexico to the US: experiences with violence and related factors, 2009-2015. *PLoS ONE*. 2019; 14(8): e0220775.
31. Lemus, MC, Johansson H. Strengths and resilience of migrant women in transit: an analysis of the narratives of Central American women in irregular transit through Mexico towards the USA. *J Int Migr Integr*. 2020; 21: 745-763.
32. Villanueva MI. Género y migración: estrategias de mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México. En: Tuñón E, Rojas, ME, editors. *Género y migración I*. ECOSUR, El Colegio de la Frontera Norte, El Colegio de Michoacán A.C., CIESAS; 2012. p. 93-116.
33. Cueva TE, Terrón T. Vulnerabilidad de las mujeres migrantes en el cruce clandestino por Tamaulipas-Texas. *Papeles Poblac*. 2014; 20(79): 209-241.
34. Marroni MG. (2016). Vulnerabilidades acrecentadas y resiliencia: migrantes centroamericanas en tránsito por México. En: Anguiano ME, Villafuerte D, editors. *Migrantes en tránsito a Estados Unidos: vulnerabilidades, riesgos y resiliencia*. El Colegio de la Frontera Norte, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica; 2016. p. 123-146.
35. Pūraitė A. Rights of Migrant Girls and Women in Transit: Threats and Challenges. *Public Security And Public Order*. 2020; 24: 338-350.
36. Ekezie W, Adaji EE, Murray RL. (2020). Essential healthcare services provided to conflict-affected internally displaced populations in low and middle-income countries: a systematic review. *Health promotion perspectives*. 2020; 10(1): 24.
37. Ciaramella M, Monacelli N, Cocimano LCE. Promotion of resilience in migrants: A systematic review of study and psychosocial intervention. *J Immigr Minor Health*. 2021; 24: 1328-1344.

La importancia de la exposición del método a los usuarios de grupos de hombres que ejercen violencia durante la pandemia de la COVID-19, año 2020¹



Roberto Garda Salas

Maestro en sociología. Director de Hombres por la equidad, A.C.
roberto.garda@gmail.com

Resumen

Este estudio es de carácter descriptivo y cualitativo sobre la intervención de la asociación civil Hombres por la Equidad con hombres que ejercen violencia contra su pareja. Durante 2020 se realizaron 81 sesiones con hombres que reconocían problemáticas de abuso a su pareja en el Programa Nuevas Habilidades para los Hombres (PNHHPH).

Las sesiones fueron virtuales debido a la pandemia por la COVID-19. Se grabaron en la plataforma Zoom, transcritas en procesador de textos y analizadas en el programa MaxQda. La información sociodemográfica fue procesada en Excel. El presente estudio analiza 33 sesiones donde la exposición de la metodología del PNHHPH fue relevante. Como resultado se encontraron tres impactos en los asistentes: I) el reconocimiento de los distintos componentes en los ejercicios de la violencia hacia la pareja; II) la construcción

¹ La atención en grupos de reflexión en línea dirigida a hombres que reconocieron que ejercieron violencia durante la pandemia fue apoyada por la Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación (SECTEI) del Gobierno de la Ciudad de México en el marco del proyecto denominado "Características de la violencia de género que los hombres ejercen contra las mujeres en la Ciudad de México" Folio SECTEI/255/2019. Se desea agradecer infinitamente el apoyo recibido por la Secretaría.

Nota: Los testimonios son transcripciones del audio original.

de ejercicios de igualdad y equidad con ella y las hijas/os; y III) la problematización y aceptación del concepto de “responsabilidad” ante el ejercicio de la propia violencia.

Como conclusión se resalta la importancia de ofrecer los supuestos teóricos y metodológicos -de forma didáctica y asequible- a personas usuarias, sin eludir los aspectos complejos y dinámicos de las relaciones de género y el poder en general, y de la violencia contra las mujeres en particular.

Palabras clave:

Violencia de género y masculina
Intervención con hombres
Programas de reeducación de hombres
Metodología de trabajo con hombres

Introducción

En el presente artículo se comparten los aprendizajes que se tuvieron al exponer a los hombres de los grupos de reflexión de Hombres por la Equidad, A.C. la metodología del Programa Nuevas Habilidades para los Hombres (PNHHPH).

En la primera parte se presentan aspectos generales de dicho programa, su agenda, conceptos y técnicas. Se analizan las respuestas de los hombres a la convocatoria y las características sociodemográficas de éstos, así como las técnicas más empleadas en uno de los grupos, aquél que tuvo más adherencia de parte de los usuarios. Se observó que el principal aspecto ofrecido a los usuarios fue el metodológico, y se comenta que éste ha sido desarrollado desde que se inició el trabajo con hombres en los años noventa y que la pandemia permitió hacerlo más visible.

En una segunda y tercera parte se comparten las ideas centrales expuestas de parte de los facilitadores a los hombres en cuanto a metodología se refiere, y la respuesta de los usuarios. En general se muestra que la exposición del método permite a los hombres reflexionar en distintas direcciones sobre el ejercicio de su violencia contra su pareja. Posteriormente, los usuarios muestran una mayor apropiación de las pautas metodológicas para construir conductas igualitarias y equitativas con ella.

Finalmente, en las conclusiones, se comparte la importancia de dar a conocer el método a los hombres que asisten como usuarios en el PNHHPH y reconocen su violencia.

1.- La propuesta metodológica del PNHHPH

Como parte de los servicios de Hombres por la Equidad, A.C., en abril del 2020, se ofrecieron a los hombres -que consideraban que tenían violencia en la pareja- grupos de reflexión con base a la metodología del PNHHPH. Se dio a conocer este servicio en redes sociales de la asociación civil (Facebook o página web). Quienes se interesaron escribieron al correo electrónico que se proporcionó.

Al responder por el mismo medio se les solicitaron datos sociodemográficos generales² y se dio cita a una sesión informativa en línea. En ésta se escucharon los motivos de asistencia y se les expusieron los objetivos del programa; se les dio a conocer -entre otros aspectos- que de ingresar daban autorización para grabar las sesiones, permitir el uso de la información para fines de investigación y capacitación y proporcionar el correo de su pareja para poder evaluar con ella el trabajo del PNHPH.

También se les indicó que la asociación no haría ninguna difusión de sus datos y se apagaba a lo que establece la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Entre el 7 de abril y el 19 de diciembre de 2020, se realizaron 81 sesiones, todas fueron grabadas y transcritas, se analizaron en el programa MAXQDA, mientras que la información sociodemográfica fue procesada en Excel.

Las sesiones fueron dirigidas siempre por un mismo facilitador y un co-facilitador quienes tuvieron una formación en deconstrucción de la masculinidad desde un enfoque de género e intervención con hombres en los Diplomados de Hombres por la Equidad, A.C. Además, se les pide al menos trabajo personal en terapias y es muy valorado que hayan trabajado sus conductas de violencia en grupos de reflexión similares al PNHPH.³

El PNHPH tiene como objetivo que los hombres reconozcan y paren el ejercicio de su violencia y aprendan a realizar actos de bienestar y equidad para ellos, sus parejas e hijas/os. Asimismo, busca que los hombres aprendan a identificar los aspectos multicomponentes⁴ relacionados a la violencia contra su pareja y familia (a saber, las creencias, conductas, sentimientos, problemas de comunicación, sensaciones corporales, experiencias de vida y mandatos sociales), para que, también ejerciten técnicas y habilidades que les permitan formular y llevar a cabo creencias y conductas igualitarias en los mismos ámbitos. Éstos se problematizan con aspectos multinivel⁵ e interseccionales⁶ a través de las técnicas que se implementan con los hombres. Derivado de esta problematización, algunos identifican que un componente influye más en su conducta de violencia que otro, así como un nivel y una desigualdad más que otra.

² Las preguntas y los consentimientos que se solicitaban eran los siguientes: 1) Nombre completo. 2) Actividad laboral y/o profesión. 3) Estado Civil. 4) Número de hijas e hijos. 5) ¿Vives con ellas/os?. 6) ¿Has asistido a otro tipo de grupo de hombres y/o terapia personal, a dónde? Y 7) Motivo por el cual desea asistir al grupo. Asimismo, se les piden tres consentimientos: que respete las reglas del grupo, que graben sesiones y que comparta el correo electrónico de su pareja.

³ Se excluye de la formación los estudios de las masculinidades de Raewyn Connell (y los estudios derivados de ella en América Latina), y se solicita una formación profeminista que procure atender la violencia masculina. Con ello, se focaliza en los usuarios al ejercicio de su violencia hacia sus parejas.

⁴ Los componentes son definidos como ámbitos que nos permiten organizar la experiencia de los hombres al ejercer violencia contra sus parejas y familias. Se pueden encontrar las definiciones de estos Garda (1 y 6 y 7).

⁵ Los aspectos multinivel se refieren a la comprensión de los actos de violencia contra las mujeres desde una perspectiva ecológica de Bronfenbrenner (1) que implican: el nivel macrosocial, referido al aspecto cultural; el nivel exosocial, a las instituciones y el microsistema, que alude a las problemáticas relacionales y personales de los individuos (mesosistema).

⁶ La perspectiva interseccional surgida del feminismo negro de Kimberlé Crenshaw (3) señala que las violencias de raza y clase se relacionan o "interseccionan" con la violencia hacia las mujeres, particularmente las mujeres afrodescendientes. Se ha incluido la problematización de este concepto con las desigualdades por orientación sexual, edad y otras condiciones de desigualdad estructural que puedan influir en la violencia contra las mujeres.

El PNHPH contempla la asistencia de al menos 56 sesiones de trabajo.⁷ La agenda de una sesión es: implementar una técnica de integración grupal (10 min.); después una de sensibilización sobre algún componente, o una de escucha, o de revisión del manual o de hacer alguna revisión metodológica (60 min.). Posteriormente, después del receso (10 min.), implementar una técnica de intervención individual o grupal, o una de integración o de evaluación (60 min.) y, finalmente, una de cierre (10 min.).

Las distintas técnicas usadas en la primera y tercera parte de la sesión se alternaron. Se buscó revisar los distintos componentes a lo largo del año y que los participantes vivieran técnicas de intervención individual y grupal, así como de integración.⁸

En el año 2020, se abrieron tres grupos de reflexión: el martes de 8:00 a 10:30 hrs, el miércoles de 20:00 a 22:30 hrs. y el sábado de 8:00 a 10:30 hrs. Ingresaron 78⁹ hombres: sesenta y nueve de México (58 de la CDMX), dos de Argentina, uno de Estados Unidos, cinco de Perú, uno de Turquía. Esto resultó en 572 asistencias: martes, 51; miércoles, 291 y sábado, 230. Se realizaron 35 sesiones el día sábado, 34 el miércoles y 13 el martes.

Por otro lado, seis participantes no contestaron el cuestionario de ingreso, el resto sí (72). De las personas que lo respondieron: 44 estaban casados o en unión libre y 28 tenían noviazgo o no tenían relación; 37 no tenían hijas/os y 35, sí (26 vivían con ellas/os, seis no, y tres con hijas/os en su casa y en otra de la ex pareja). Asimismo, dos nunca antes asistieron a algún tipo de atención psicológica, educativa o de otro tipo, 29 sí fueron a distintos tipos de terapia y 14 ya habían estado en grupos de reflexión de hombres. Finalmente, dos señalaron que habían recibido apoyo distinto a la terapia individual o de grupo.

¿Cuáles son los motivos que señalaron los hombres para asistir a los grupos de reflexión? Inicialmente comentaron que era para mejorar sus relaciones familiares, de pareja y con las y los hijos, debido a conductas que les dañan (30%). Después, buscaban espacios para ellos mismos y atender cuestiones de malestar personal (26%). En tercer lugar, porque reconocían que ejercían violencia con su pareja (20%). En cuarto lugar, querían ir a grupo por el abuso, agresión y/o daño a su pareja que ejercían, pero sin mencionar la palabra “violencia” (11%) y, empatada con esta categoría, en quinto lugar, los hombres decían que querían ir a grupo por motivos laborales (por ejemplo, para “aprender a trabajar con hombres” y/o “nutrir”, “mejorar” el trabajo que realizan con estos en ese momento) (12%) y un 2% porque querían espacios de “masculinidades”. Como se ve, el 50% reconoció su asistencia por motivos específicos de lastimar a su pareja por abuso.

⁷ Para ingresar a las sesiones de grupo se pide a los asistentes: a) acceder a la plataforma Zoom. b) Permanecer lo que dura la sesión (al menos dos horas y media) de preferencia con cámara encendida. c) Coordinarse con él o la facilitadora para recibir los links de acceso. d) Tener cuaderno, el manual, lápiz y pluma a la mano. e) Que al acceder a la reunión virtual no se encuentren en compañía de otra persona y que puedan estar en un cuarto, espacio, salón que les permita concentrarse en la sesión.

⁸ Las técnicas del Programa Nuevas Habilidades para los Hombres (PNHPH) son de: sensibilización, escucha, revisión del manual, metodológicas, de intervención en la experiencia de violencia individual o grupal, de integración, de evaluación y cierre. Para ver su definición revisar Garda (2022b).

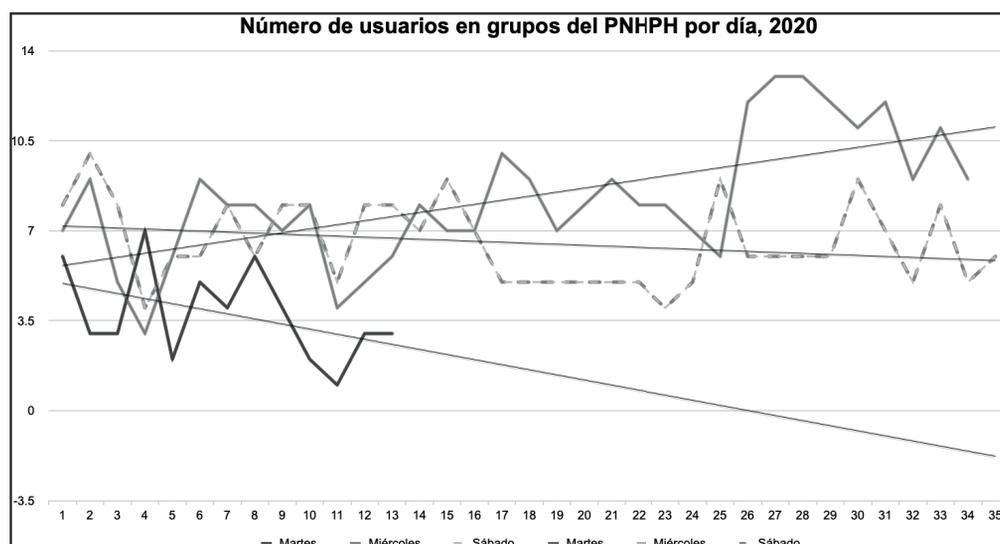
⁹ Esta cifra varía levemente en la señalada en el artículo Garda Roberto (2022a). Esto se debe a que al revisar los correos electrónicos de forma más exhaustiva se encontraron 7 usuarios que no se habían tomado en cuenta en aquel trabajo.

Una vez que contestaban el cuestionario, se les enviaba los links de los tres grupos (para que pudieran acceder el día que ellos quisieran) y el manual del PNHPH en formato PDF. En total, se realizaron 81 sesiones en los tres grupos a las cuales asistieron 68 hombres.

En cuanto a la asistencia: 5 fueron a 25 sesiones o más (7%) (esto es: 54, 41, 37, 29 y 27 sesiones), 28 usuarios (41%) asistieron de 5 a 24 sesiones, y 35 usuarios (52%) de 1 a 4 sesiones. Finalmente, asistieron a una sesión 21 hombres (32%).

La *Gráfica 1* muestra la distribución de la asistencia. Como puede observarse, la asistencia al grupo de los martes mantuvo una tendencia a la baja, debido a ello se decidió cerrarlo aproximadamente al quinto mes (se canalizaron a los usuarios para el sábado o el miércoles). El grupo del miércoles tuvo una tendencia al alza, con una asistencia de cuatro usuarios como mínimo hasta de trece usuarios como máximo. Asimismo, el del sábado se mantuvo estable con una asistencia de entre cuatro y diez usuarios por sesión.

Gráfica 1. Número de usuarios y tendencia en grupos del PNHPH 2020.



Fuente: Elaboración propia.

Con base en la información anterior, para este artículo se presentará parte de la experiencia de los hombres en los grupos de reflexión del miércoles, pues fue el grupo que presentó mayor adherencia y asistencia. Sobre este grupo, de abril a diciembre del 2020, se realizaron 33 sesiones. El resumen total de actividades durante ese año se muestra en el *Cuadro 1*.

Cuadro 1. Técnicas usadas las sesiones de los miércoles en el PNHPH

Técnica por componentes *	No.	%	Técnica de apoyo **	No.	%
Técnicas sobre aspectos cognitivos	8	30	Técnicas metodológicas	13	28
Técnicas sobre aspectos conductuales	4	15	Técnica de uso del manual	5	11
Técnicas sobre comunicación	5	19	Técnicas de intervención individual	3	6
Técnicas sobre aspectos corporales	2	7	Técnicas de intervención grupal	1	2
Técnicas sobre regulación emocional	3	11	Técnicas de integración sobre violencia	3	6
Técnicas sobre aspectos de historia de vida	3	11	Técnicas de integración sobre la equidad	0	0
Técnicas sobre mandatos sociales	2	7	Técnicas sobre transición	6	13
			Técnica de escucha	14	30
			Técnicas de evaluación	2	4
Total	27	100	Total	47	100

* Las técnicas por componentes son aquellas que pretenden profundizar sobre la relación que existe entre el ejercicio de la violencia contra las mujeres y/o la pareja y alguno de los componentes: el cognitivo, el conductual, el comunicacional, el corporal, el emocional, el de historia de vida o el de mandatos sociales.

**Las técnicas de apoyo son aquellas donde se apoya la reflexión sobre uno de los componentes. Son técnicas más educativas donde se revisa el manual o se lee una historieta, o donde se analizan varios componentes, o donde se fomenta el intercambio de opiniones promoviendo el diálogo y la escucha en el grupo, o aquellas en donde se llena el cuestionario con fines de evaluación del PNHPH.

En el Cuadro 1, con relación a la primera parte (“Técnicas por componentes”), los tres primeros componentes que más se abordaron fueron los cognitivos (30%), seguidos de los de comunicación (19%) y, finalmente, los conductuales (15%). Los hombres solicitaron más estos aspectos debido a que durante la pandemia señalaron una gran necesidad de aclarar “las ideas”, mejorar la comunicación con la pareja e hijas/os y parar las conductas de abuso que ejercían. Los que más tiempo se quedaban profundizaban en sus emociones y su historia de vida en los grupos, y también reflexionaban sobre cómo los mandatos de género, raza, edad o clases sociales influían en su conducta abusiva. La pandemia les quitó a los hombres el espacio público donde usualmente “vacían” ciertos malestares, el encierro los obligó a “guardarlos”, con episodios esporádicos de explosión hacia la pareja e hijas/os. Algunos señalaron que estaban como “olla exprés”, un verdadero riesgo para las mujeres, sus hijas e hijos, y para ellos.

Por otro lado, en cuanto a los tipos de técnicas de apoyo se refiere, las técnicas que más se usaron fueron las metodológicas (28%) y las de escucha (30%) en el mismo período. Esto ocurrió debido a que los asistentes se interesaron en cómo lograr el objetivo propuesto y se comprendió que era importante compartirles más sobre nuestra metodología. Con relación a la escucha, se notó que tenían una gran necesidad de expresarse, entonces se decidió abrir un espacio para ello en las agendas de las sesiones.

La apertura de estas opciones (compartir el método y escuchar) nos ha llamado mucho la atención. Ni en el “Programa de Hombres Renunciando a su Violencia” (PHRSV) (8) -implementado en Coriac de 1996 a 2005-, ni en el “Programa Caminando Hacia la Equidad” (4) -ejecutado en el período de 2007 a 2017- se abrieron técnicas para ambos aspectos. Si bien se transmitía a los asistentes la idea de estar atentos al método, sobre todo en los momentos en que se aplicaban las técnicas más profundas denominadas técnicas “vivenciales” y se analizaban sus aspectos, no se contemplaba al método en sí mismo como algo relevante que el usuario debería de apropiarse para reproducir en su vida. Lo mismo en el “Programa de reeducación para víctimas y agresores de violencia de pareja” (10) que se elaboró junto con el equipo del Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salud desde 2008: si bien el método era -y es- importante, no lo ha sido tanto como en el PNHPH.

Con relación a la escucha, en estos tres programas se daba la escucha a los usuarios, pero nunca como una técnica en sí misma. Escucharlos se subordinaba a instrucciones directivas en los grupos.

Así, en todos esos programas se observó adherencia de usuarios y había metodología y escucha, pero en la intervención en línea, estos aspectos fueron relevantes para los usuarios. Ello nos permitió afinar la metodología que hemos estado construyendo desde hace casi 30 años, desde Coriac hasta Hombres por la Equidad, A.C.

2.- La exposición de la metodología en los grupos de reflexión

Se referirá la experiencia que se tuvo en cuanto a la exposición de la metodología. La metodología del PNHPH es muy nueva e incluso innovadora; si bien en terapia y en otros grupos de reflexión, los sujetos pudieron haber visto aspectos cognitivos, emocionales y conductuales, no es común. Por ejemplo: integrar estos aspectos exclusivamente en torno a hechos de violencia con la pareja o hacerlo, no solo en relación con las experiencias dolorosas en la historia de vida sino además con los aprendizajes de género que se producen en la misma. Menos común aún es vincular estos aspectos a los mandatos sociales de desigualdad por género, clase, raza, edad, orientación sexual, etc. o relacionarlos con deconstruir el abuso y reconstruir relaciones de igualdad y equidad. El PNHPH sí propone estas formas de trabajar.

Finalmente, se observó que la pandemia, como en cualquier otro tiempo de necesidad, hizo que los hombres demandaran un “camino a seguir”, una brújula que les orientara sobre cómo trabajar desde casa, cómo lidiar con lo cotidiano, y cómo no explotar y dañar a la pareja e hijas e hijos. Surgió una especie de urgencia o necesidad por el método.

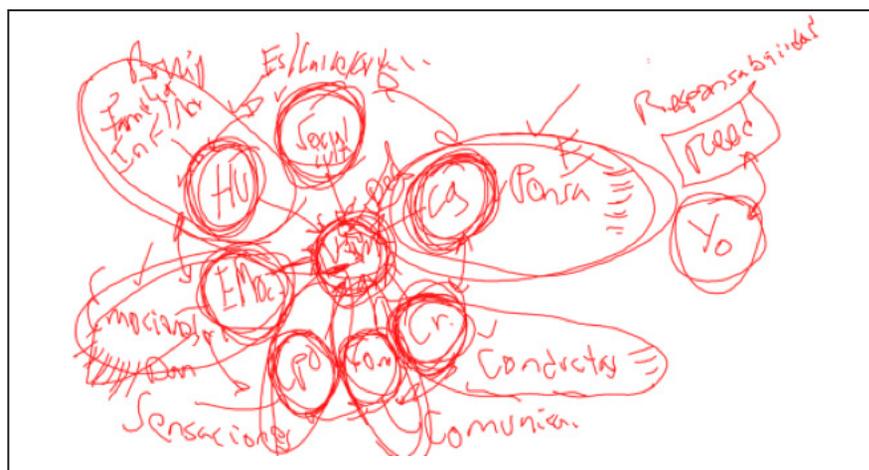
El facilitador destacaba, al explicar la metodología, cuatro aspectos. En primer lugar, éste mencionaba que la metodología que se enseña en el grupo está relacionada con la comprensión de la violencia que se ejerce hacia la pareja. Ésta se da cuando se identifica cómo influyen las ideas, sentimientos, problemas de comunicación, etc. en el maltrato que se ejerce hacia la pareja e hijas/os. Particularmente, la historia de vida, los traumas que ahí se tuvieron y la reproducción de mandatos sociales. Pero se hacía también hincapié en que, para hacerlo se requiere de la voluntad de la autoobservación, y para esto los hombres deben de creerse capaces de actuar no como parte de un grupo dominante y violento, sino como una persona que puede mejorar. En este sentido, el facilitador señalaba: “...nosotros creemos que los hombres podemos cambiar y mucho. Tenemos esa firmísima convicción, de que los hombres primero, no se es violento; pero, sí ha aprendido a elegir la conducta de violencia, ante algunos conflictos. Y creemos que se puede ser muy conscientes de esos momentos y aprender a no elegirlos”.

En segundo lugar, el facilitador les comentaba que era importante que los hombres se hicieran responsables del abuso ejercido, y que eso iba de la mano con el autocuidado de ellos mismos: “...la médula del trabajo con hombres que yo aprendí cuando yo estaba como usuario [era] que yo no iba a poder escapar de mi responsabilidad...” (Facilitador), y se invita a ver esta responsabilidad como “...un profundo acompañamiento de mí. Un amable, profundo, amoroso, responsable... ¿Cómo lo podremos llamar? acompañamiento de mí. [...] De este cuerpo no puedo huir, las parejas se van, los hijos se van, los bienes se terminan, pero al final, de éste que soy, no puedo huir. [...] aprender a verlo como [...] como un regalo, como ser mi mejor compañía”.

Asimismo, la responsabilidad tiene dos connotaciones en el PNHPH: una técnica y otra más de proyecto de vida. La primera implica aceptar la autoría sobre las propias conductas de violencia hacia la pareja a través de los componentes que se analizan en el PNHPH (mencionada en el primer punto). El otro aspecto de la responsabilidad es, en un sentido más amplio, relativo con la idea de asumir un proyecto de vida digno para ellos mismos. El facilitador señala al grupo que busquen una definición de responsabilidad “viable” y “realista” que se construye todos los días, pues de no hacerlo -y poner muy alta “la vara”-, no podrán alcanzar su propia idea de ser responsable, y terminarán por enojarse, frustrarse y violentar a sus parejas. A este respecto comentó al grupo: “Entonces, es un grupo que les invita, se los digo bien honestamente, a crecer. O sea, no venimos al perder el tiempo, le chambeamos duro, y el trabajo profundo no se hace en grupo, se hace cuando uno sale de la sesión durante todos los días de la semana...”.

En tercer lugar, se indicaba que la metodología era dinámica. Primero en el sentido de cómo los siete componentes interactúan entre ellos para identificar su impacto en la violencia. La *Figura 1* ilustra esta idea:

Figura 1



Fuente: Elaboración propia.

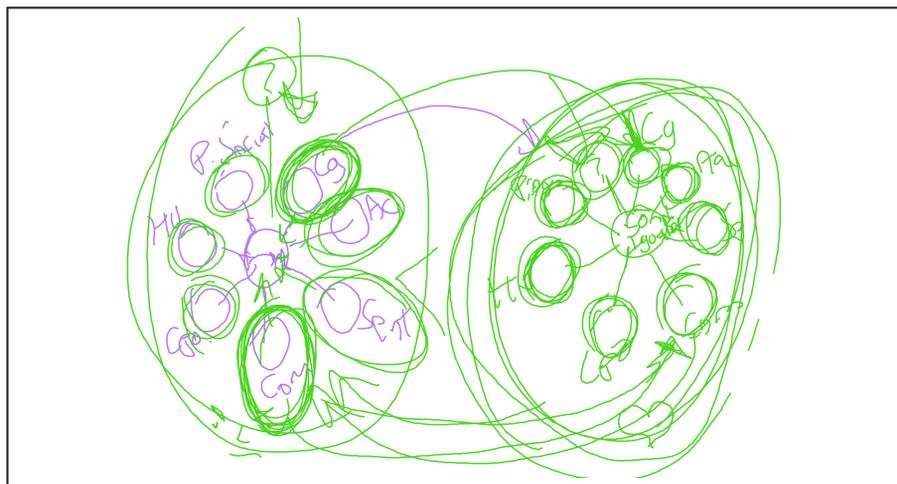
Nota: La imagen fue elaborada durante la sesión del grupo de reflexión.

En la *Figura 1* se ve cómo en medio está la conducta de violencia hacia la pareja y alrededor los siete componentes en círculos con flechas que los relacionan. Este tipo de imágenes son acompañadas del siguiente tipo de explicaciones:

...todo el programa, nuestra metodología parte de siete ámbitos, que hemos recorrido ya en estas sesiones. Un ámbito de ideas -cognitivo-, un ámbito de ideas de conductas, de emociones, de comunicación, de cuerpo, de emociones y de historia de vida [...] y la influencia social y la cultura en nuestra conducta de violencia. Entonces [hay que] ver qué significa cada una y ver de qué manera se relacionan entre ellas. Y cómo influyen en mi conducta de violencia; este... el modelo es muy dinámico, la propuesta que nosotros les queremos hacer es algo muy dinámico; soy yo aquí (escribe en la imagen de la figura 1), yo en mi ejercicio de violencia y como hay un montón de factores... en la manera en la que pienso (aquí son pensamiento), en las cosas que hago (aquí son conductas), en cómo me comunico y hablo las cosas (comunicación), en cómo mi cuerpo influye en mi conducta de violencia (aquí son sensaciones), cómo mis emociones influyen en mi conducta de violencia, cómo mis aprendizajes, de mi familia de mi infancia y adolescencia han influido en mí para justificar algunas formas de ejercer violencia y cómo la sociedad, también, ejercen una presión (la escuela, la calle, las creencias religiosas, la cultura, etcétera) para justificar algunas formas de violencia [...]. (Facilitador)

Además, “dinámica” es la construcción de prácticas igualitarias y de equidad con base en la comprensión de la violencia, y viceversa. Esto se ve en la *Figura 2*:

Figura 2



Fuente: Elaboración propia.

Nota: La imagen fue elaborada durante la sesión del grupo de reflexión.

El círculo de la izquierda coloca al centro las conductas de violencia hacia la pareja con siete componentes. En el lado derecho en medio están las conductas de igualdad o equidad, y alrededor de ella también los siete componentes que influyen en su construcción, y cómo entre los componentes hay relación dinámica. El facilitador lo explica de la siguiente forma:

...están llegando a una sesión de, donde buscamos, eh, tener una visión amplia que nos ocurre, o, cuando ejercíamos violencia y abusamos de las parejas, o conductas de equidad, y somos cercanos, y somos empáticos con las parejas. (Comienza a hacer círculos en la pantalla) En el programa [...] varios componentes que influyen (contando los círculos del esquema) dos, cuatro, siete, componentes que influyen en nuestra conducta de violencia. [...] Entonces, nosotros decimos que lo que pensamos influye en nuestra conducta de violencia (escribiendo) lo que actuamos, lo que sentimos, lo que hacemos, lo que comunicamos, lo que, este, nuestro cuerpo se activa, nuestra historia de vida y la presión social, ¿no? Todo esto influye en que yo decida un conflicto, ejercer violencia hacia mi pareja, ¿no? Violencia hacia las mujeres, y al mismo tiempo este, estos (haciendo círculos verdes en la pantalla) todos estos recursos, eh, son elementos que a su vez nos fortalecen para ser equitativos (escribiendo) lo que pensamos, lo que hacemos, lo que actuamos, lo que sentimos, lo que comunicamos, el cuerpo, nuestra historia de vida y nuestro, y la presión social, también puede jugar a nuestro favor, o sea, le vamos a llamar conductas de igualdad, ¿mju? Y nosotros decimos, los hombres siempre andamos entre uno y otro, este, ámbito. Hay veces somos un amor y nos caemos de amorosos y de buena onda, y a veces somos unos demonios que se nos sale todo el chamuco y ni nosotros nos aguantamos, por eso la gente, por eso los hombres pedimos ayuda, porque pues uno se cansa

de andar de un lado para otro, eh, (señalando el esquema verde) la aspiración es estar más de este lado (marca el círculo equitativo), aquí, y menos del otro lado más que no (marca el círculo relacionado con la conducta de violencia hacia la mujer)... (Facilitador).

En cuarto lugar, se identificó que el método se aprende gradualmente, con la asistencia al grupo y la práctica diaria en casa. Se señala: “No aspiremos a comprender todo de golpe; les invito a quedarnos en un punto de voluntad de pensarme. [...]. Estamos aquí, cada quien por uno mismo y vamos a... desde ese lugar de compromiso conmigo mismo, no aspiremos a comprender todo... este, a aclarar todo. Este tipo de grupos y nuestro método no aspiran ni a la perfección, ni a la comprensión total; lo único a lo que aspiramos es a que ustedes identifiquen gradualmente una conducta que lastima y tengan los recursos para detenerla incluso antes de que surja. Después otra, y de esa forma poco a poco de la parte se va al todo, y tendremos sesiones donde iremos del todo a la parte para una mejor comprensión.” (Facilitador).

La exposición resalta la importancia de la autoobservación para hacer visibles los componentes alrededor de la conducta de violencia, la comprensión del dinamismo de cada componente con el abuso, la relación entre estos y la construcción de la igualdad y la equidad y, finalmente, el proceso gradual de esta reeducación.

3.- La experiencia de los usuarios con la exposición del método del PNHPH

3.1 Identificación de algunos componentes

¿Cómo reaccionaron los usuarios a las exposiciones sobre metodología en cuanto a componentes se refiere? Sobre la relación metodología y aspectos cognitivos, los hombres trabajaron inicialmente en identificar el “momento de crisis” y posteriormente los servicios que demandan a la pareja y por el cual deciden controlarla a través de la pareja.¹⁰

Sobre el momento de crisis, éste ocurre cuando ellos tienen una interpretación que coloca a la mujer con quien se tiene el conflicto (y en particular la pareja) en un lugar en oposición a ellos. Por ejemplo: cuando ella se muestra distante, él piensa: “la veo muy distraída, muy distraída... no avanza” (Usuario). O cuando ella se muestra molesta y él piensa: “mi pareja estaba enfadada porque no había desatinado, por estarme esperando” (Usuario). O cuando ella le dice que no use un sartén grande, sino uno chico él piensa “ojalá no me diga nada”, o cuando ella le pide que hagan algo en la casa y él piensa “estoy cansado” (Usuario). Comentan que construyen una interpretación que las deja en una actitud de ataque y a ellos en una situación vulnerable.

¹⁰ El trabajo cognitivo pretende que los hombres identifiquen sus mandatos de género, raza, edad, orientación sexual, etc. donde demandan a las mujeres que ellas “hagan algo” o “digan algo” como ellos lo esperarían, y no como ellas lo deciden. Cuando ellas no responden a ese servicio (o expectativa de él), ellos entran en crisis. La crisis es resuelta en los usuarios con conductas de violencia donde deciden controlar el aspecto que ella hizo distinto a las expectativas de él.

Con base en esta identificación del momento de crisis, algunos asistentes identifican aspectos conductuales y comunicacionales: "...le empiezo a gritar, le empiezo a pedir que ya haga las cosas" (Usuario); otro aspectos emocionales y comunicacionales: "...yo me molesté y le contesté de manera muy hostil que... este, que sí... que qué le importaba eso ¿no?, que qué le importaba si yo... el horario ¿no? [...]. Entonces, este... le dije que pues "qué le importaba" ¿no? que qué le importaba eso" (Usuario). Otros identifican pensamientos en el momento de estar en crisis: "...yo noté que ahora, de repente digo "oye, bueno, ¿por qué tengo que ser respetuoso?; son mis reflexiones: ¿por qué tengo que ser respetuoso o asertivo, si la otra persona siento que no lo es?..." (Usuario). Y otro identifica los "servicios" que le piden a ella: "Yo identifico que estaba pidiendo, precisamente como servicio, que no me estuviera reclamando ¿no?" (Usuario), y otro "...lo que yo le quería decir era que... que me escuchara lo que le estaba yo diciendo. Ése era como el servicio..." (Usuario). Cabe señalar que por servicio se entiende la expectativa social que el hombre impone a la mujer y/o pareja, y que justifica el acto de violencia.

Otros usuarios identifican aspectos corporales, por ejemplo: "...En mi mente, mi mente y mi cuerpo se detuvo, pues empecé a sentir en mi cuerpo señales de enojo y me di cuenta de que estaba ejerciendo violencia" (Usuario).

También los usuarios lo vinculan con la manera en la que se comunican: "...yo le comencé a reclamar que estaba muy distante, que se me hacía raro que estuviera así [...] le grité que seguramente ya había un fulano por ahí y, equis ¿no? Se lo decía con groserías, gritándole" (Usuario).

Otros relacionan el momento de crisis con sus emociones. Con el enojo, por ejemplo, dicen frases como: "me empiezo yo a enojar" (Usuario); otro dice que "hay un momento en el que yo me enojo mucho" (Usuario); y, finalmente, otro participante comenta "...ya un ejercicio de... de, de fuerza, de violencia, que ya era otra cosa, era mi enojo, era mi violencia; que... ya era otra cosa ¿no? ya era mi enojo..." (Usuario). También lo vinculan con otros sentimientos: "Y ese motivo fue por el que, justamente, a mí me dio ansiedad", o "...no avanza; me empiezo yo a enojar [...] esta fue demasiada tensión..." (Usuario). Otro sentido en que expresan su experiencia emocional es la dificultad para regular sus sentimientos: "...si lo pude ver que él [el hijo] ya estaba con miedo de mí, pero me costó mucho bajar ¿no?" (Usuario).

Asimismo, otro aspecto con el que relacionan su momento de crisis es con relación a la historia de vida, un usuario señala: "...y... pensé el de "por qué no puedo darle una nalgada o por qué no la puedo jalar [a la hija]... obviamente por cómo es mi esposa", me desespero bastante y dije "por qué no le puedo dar una nalgada"; tal vez, el darle una nalgada sea lo mejor... pues, como me educaron a mí." Otro indica cómo se ha dado cuenta que su violencia está relacionada con el maltrato que recibió con golpes en la infancia:

"...pues mi mamá, en ese entonces, me pegaba con la chancla, con el cable, con lo que tuviera a la mano ¿no?; yo pensé "no quiero llegar a esos niveles con mi hija" ¿no?, porque para mí fue traumante, ya sabía que llegaba mi mamá y era hacerte el dormido o irme con mi abuelita... irme al lado de mi abuela ¿no? Yo dije "pues obviamente una nalgada o un manazo... para que entienda" ¿no?..." (Usuario).

De esta forma, con base en estos ejercicios, comienzan a identificar distintos componentes del ejercicio de su violencia y logran problematizarlos. El método les sirve como un auxiliar para identificarlos.

3.2 Construir la igualdad y la equidad

El método no solo hace el análisis de una experiencia de vida en donde se haya ejercido una conducta de violencia contra una mujer y/o la pareja, también explora -a través de los componentes- distintas rutas para que los hombres puedan construir la equidad de género con sus parejas. Se le llama a este proceso "realizar prácticas de equidad". La idea es, como anteriormente se señaló, que los mismos componentes que juegan un papel relevante en el ejercicio de la violencia pueden jugar otro en la práctica igualitaria. El siguiente es un ejemplo de la ruta que un hombre elige para construir desde cada uno de los siete componentes una respuesta equitativa e igualitaria con su pareja:

Yo creo que, en un primer lugar, pongo al cuerpo, a mi cuerpo, este, estoy pendiente de qué alimento en mi cuerpo, sobre todo a punto de ejercer violencia, hago ejercicios de respiración también, como una segunda cosa que hago. En segundo lugar, yo pondría, pongo a mis pensamientos [...] evoco la imagen de un arcoíris para recordarme que ella y yo pensamos distintos y que, este, pues cada pensamiento es un color, y que gracias a eso pues se hace un arcoíris muy bonito. Y otro pensamiento es repetirme la frase "soy creativo" eso lo hago muchas veces al día y, sobre todo, en los momentos donde empiezo a enojarme.

Ok, ahora, en tercer lugar, yo pongo mis conductas, ahí como primera cosa que hago es que me retiro cuando me enfado, sí, para poderme calmar, y poder volver luego a resolver la cosa, la situación de otra manera que no sea violenta y otra cosa que hago es que respeto sus opiniones, ok. Coloco en cuarto lugar a mis habilidades de comunicación, ahí identifiqué que bueno, que, yo creo que un poquito cada vez más, este, revelo mis emociones o digo frases que me siento triste, siento miedo, etcétera. Y otra cosa que hago como habilidad de comunicación es que, este, pues tengo ahí en el WhatsApp, este, indicaciones que luego ella me hace para que no se me olviden, porque como soy muy disperso, muy olvidadizo, entonces de esa manera estoy un poco asegurando que sí está llegando su mensaje conmigo ¿no? Y, luego, ya lo repaso de hecho.

En quinto lugar, coloco a mis sentimientos, ahí, bueno, es que me tomó mucho tiempo para identificar y para contactar mis sentimientos, detrás del enojo, me queda claro siempre que estoy enfadado, pero siempre quiero ir más allá y ver qué hay detrás o que debajo del enojo y a veces me toma mucho el tiempo, pero lo hago, pues, lo hago con los sentimientos, eh, no, no agregaría, otra cosa porque creo que ahí se me va toda la energía pues, en realidad. En un sexto lugar ubico a mi historia de vida, ahí pues tengo la fortuna de que, pues tengo muchos recuerdos de mi papá, que es muy distinto al arquetipo, pues, que yo de pronto he visto por ahí, y este, pues lo recuerdo

a él haciéndose cargo, por ejemplo, de muchas labores domésticas ¿no? Y bueno, ya quisiera yo llegarles a los talones, pero, veo muchos recuerdos de eso y también luego con mucho a él jugando conmigo, eso me ayuda mucho para jugar, por ejemplo, con mis sobrinas. Ok... y finalmente, ubico en séptimo lugar a los mandatos sociales, ahí por ejemplo siempre que, por ejemplo, luego me, veo la tele con, con mi pareja, y en un rato podemos estar viendo, por ejemplo, una telenovela, y me imagino esos escenarios, pero invertidos ¿no? Invertiendo los roles, este, qué pasaría si fuera la mujer, qué pasaría si fuera el hombre y de hecho lo comparto también ¿no? Otra cosa que hago ahí es que pues cuestiono mucho los dichos populares ¿no? Por ejemplo, en voz alta, y pues me gusta también mucho esas reacciones de la gente. Gracias. (Usuario)

A la pregunta del facilitador de cómo se sintió con el ejercicio, éste responde “Muy bien, este, me parece excelente porque me ayuda, me sentí como mapeando, ...como, como que ahora sí, poniéndole palabras a cosas que no estoy acostumbrado a ponerle palabras ¿no? Y quizá un poquito de, pues, no sé si feo, pero sí un poco sorprendido es haberme tardado tanto en la parte de los sentimientos, porque yo ya últimamente hasta me jacto de que según yo ando ahí contactando de manera más sencilla, y pues no veo que no tanto. Entonces, este, pues, gracias.” (Usuario).

Este usuario identificó primero el cuerpo; después los pensamientos; en tercer lugar, sus conductas; en cuarto lugar, habilidades de comunicación; después sentimientos y, finalmente, en sexto y séptimo lugar, su historia de vida y los mandatos sociales. Como se señaló, el usuario recorre todos los componentes y en todos reflexiona y ejercita buscar qué aspectos le pueden ayudar para construir la equidad con su pareja. Enseguida se presenta otro ejemplo:

...yo puse como uno, eh, las sensaciones [...] cuando siento ganas de abrazar a mi pareja, pues, o sea, ya, ya, ya me empiezo a permitir esta parte de hacerlo, hasta cierto tiempo, era como que siento ganas y me las guardo, me las recato. [...] es como por ejemplo, si quiero abrazarte pero por ejemplo tú te sientes como sudada porque vienes de tu trabajo, yo acepto esa parte sin sentirme rechazado.

[...] La otra que me puse como número dos es, conducta. Le puse “me siento con cuidado” es decir, por ejemplo, en el autobús con mi pareja, me siento de tal forma que respeto como el espacio, porque los autobuses vienen como asiento uno, asiento dos, entonces como que es muy común, este, esta parte de abrirte de pies pues, en mí, en mí, y de manos pues como me siento cuidando este espacio, aunque también en mí, pues en lo que son las piernas voy sintiendo como cierto, cierto dolor porque pues la costumbre ¿no? Pero debo de entender que, que necesito respetar esta parte pues ya sea con mi pareja o incluso con alguien más. Acerca de la promoción de respeto hacia ella, hacia mi pareja, por ejemplo, sí estoy haciendo algo le puse, este dejar un momento lo que estoy haciendo y verte a los ojos para prestarte mi atención completa, y eso me ha parecido, pues bien, bien importante.

En el pensamiento yo le puse así como tal en el pensamiento así como muy puro, yo le puse “yo te puedo apoyar sin cuestionarte” es decir sin que tengas que hacer esta labor de convencerme porque decides hacer tal cosa, es como solo está viendo si necesitas por ejemplo comprarte unos zapatos nuevos, vamos, y evitar como este desprecio de “¡ah! es que mira, ya se acabaron” por eso es como esa parte muy necesario si tú dices que tú lo necesitas está bien, tú acomodas fecha y vamos como tú decides.[...] si ella está, se sienta invadida ante una u otra persona y le dice “oye, este, mide tu distancia” o algo así, mi pensamiento es como tienes todo el derecho del mundo de ser respetada.[...] si sientes que va muy cerca, pues tú muévete, o sea, tú muévete, tú quitate, tú tienes el derecho de estar dónde estás y que se te respeta tu espacio pues.

Ésa es la tres, la cuatro le puse, sentimientos y aquí le puse, este, le puse miedo, miedo a que se repita como, como esta historia de violencia que vengo arrastrando desde, desde la paternidad y maternidad de mi familia y le puse miedo como por evitar el miedo al miedo, pues, o sea, directamente, sí me angustia que esta historia se pueda repetir, pero creo que es importante tenerla muy presente y no y no descartarla.[...] sí creo que más aterrizado podría ser eso, un sentimiento hacia ella, pues yo creo que es como este temor intenso hacia tu desarrollo, hacia que te sigas desarrollando profesionalmente, pues, y mirar eso con mucho respeto, un respeto muy puro hacia lo que mi pareja desea ser pues.

La cinco le puse comunicación, le puse “hablo con respeto, aunque esté en desacuerdo” y como comunicación [hacia ella] promoviendo el respeto hacia ella le puse” yo respeto tu derecho a expresarte”. La seis, historia, le puse historia de vida, y esta sí me costó como, sí me, sí batallé, anduve como buscando, pero ya después que los compañeros empezaron aportar sus ideas, pues ya, lo pude aterrizar un poquito más, le puse “sí creo que necesito algo que es indispensable para, para mí, o sea, lo quiero” en otro escenario es como “¡ah!” primero lo, que necesita mi pareja, luego mi hijo, luego yo y a veces me postergaba, me postergaba y me postergaba, y creo que esto de parte es algo rescatable, y algo que promueve como el respeto y la igualdad hacia ella, como promover la visita a la familia.

Ya, por último, le puse “siete mandatos sociales” y le puse ambos, ambos, ambos tenemos derecho a desarrollarnos profesionalmente, ante poniéndome a este mandato de “solo yo mi desarrollo y tú después” [...] Y ya en la promoción hacia el respeto hacia ella le puse “la división de las labores del hogar” igual queda como otra cosa, no solo eso (Usuario).

Cuando el usuario termina, se le pregunta cómo se sintió con el ejercicio, éste señaló “Pues, me siento nervioso porque nunca me había cuestionado esto. [...] Me siento, así como temeroso, nervioso, nunca, nunca me lo había cuestionado y sí le di vueltas, y vueltas, y vueltas porque no encontraba por donde entrarle, y dije “¡ah, caray!” nunca me lo había yo preguntado, y nunca me lo habían preguntado.” Posteriormente, añade: “que el ejercicio de metodología “...me invita a echarme un clavado hacia mí mismo y yo creo

que ese clavado me tiene así." De esta forma, los usuarios encuentran en la exposición del método la posibilidad no solo de comprender el ejercicio de su violencia, sino además de comprenderlo, resignificarlo y deconstruirlo para, a partir de ahí, comenzar a construir relaciones de equidad e igualdad con su pareja y familia.

3.3 Elaborar el compromiso al cambio: la responsabilidad

Los hombres aplican el método, y comienzan un proceso de auto observación. Por ejemplo, a continuación, se presenta como un usuario expresa la experiencia de aplicar la metodología: "...esto [la metodología] lo he puesto en práctica las últimas dos semanas ¿no? He notado que me ponen incómodo algunas cosas y, pues, primero veo cómo reacciona mi cuerpo, qué es lo que siento, qué es lo que pienso y ya mi cerebro comienza a especular y, luego, me doy cuenta del servicio y digo "¡Ah! no pues el que está mal soy yo" y eso lo puse como en comunicación". Posteriormente, añadió: "...pues es que primero es el proceso mío de filtrarlo por el método y una vez que ya lo tengo claro se lo comunicó. [...] Y esto evita que uno lo saqué con la víscera, ¿no?" (Usuario). En términos del método multicomponente, el asistente revisa primero lo que está pensando (aspectos cognitivos); después, reconoce su incomodidad (aspectos emocionales); posteriormente, su cuerpo (reacción en su cuerpo) y termina identificando nuevamente aspectos cognitivos (las especulaciones y el decirse que él es quien está mal). Este recorrido es la ruta que en un conflicto a este usuario le sirve, no se sabe si le servirá siempre y en todos los conflictos con su pareja, pero al menos en el hecho que narra le fue útil.

Inicialmente, la metodología genera en los usuarios el efecto de "desordenar" o generar en ellos disonancia cognoscitiva, pues se modifica de forma profunda una manera de concebir el problema de la violencia y la relación con su pareja. Al participar en una de las técnicas donde se muestra la metodología usan frases como: "Eso me da una sacudida muy... muy, muy grande, ¿no? y entender que ser responsable también es... es mirar hacia adentro, ¿no? Me lleva a... me deja mucha reflexión y a mí me agrada..." (Usuario). Otro usuario comenta:

...primero, una confesión, me voy muy sorprendido, estaba yo viniendo con mucha... ¿cómo se llama?, con mucha soberbia, me sentía yo un poco juzgador de la técnica y... y siento que me está aportando mucho, no había considerado yo esta... este acercamiento al problema. [...] Me salta mucho la frase ésta de... ojo con lo que defino entorno al concepto de responsabilidad, porque quizá la vara que me estoy poniendo es muy alta. Me está, como que taladrando el hemisferio izquierdo ahorita y también, la otra... la pregunta retórica que hace el facilitador... de ¿cómo no me voy a enojar? ¿no?, si nunca llego. Me están poniendo un poco de cabeza esas dos cosas y lo agradezco mucho... y ya por lo pronto aquí lo dejo (Usuario).

Otro comentó:

Este... pues solamente agradecer, se me hace muy práctico. Eh... creo que, conforme vayamos avanzando, vamos a generar mucha conciencia... bueno, ir conscientizando que hemos ejercido violencia por mucho tiempo, eh... y que, pues obviamente, tratar de modificarla, tratar esas conductas, esos patrones. Es un método muy práctico, definitivamente, eh... muy interactivo (Usuario).

Para otros usuarios, les llama la atención aquel aspecto en donde pueden identificar o darse cuenta de algo de sus conductas, la autoobservación.

...la parte de aprendizaje y también a identificar cosas ¿no? O sea, a mencionarlas ¿no? y creo que, en esta parte de ejercicio, de la historia, de como aprender... esa parte de la conservación... o sea, en lo personal, me ha sucedido que ya... en ejercicio de estos taches (comportamientos violentos), me he sorprendido porque digo "¿en qué momento (o sea, me dan como flashazos ¿no?), en qué momento yo aprendí a ser así? O ¿en qué momento, a mí me sucedió que yo elegí esta manera de comunicarme? O... así, entonces, este... esta parte ahorita de auto observación me da cierta sorpresa, por decirlo de alguna manera, porque... porque sí, efectivamente, yo creo que esa parte, yo... me sorprende mucho ¿no? O sea, cuando yo me doy cuenta... ¿en qué momento? es como si hubiera vivido dormido... no sé, treinta y cuatro años y en eso me despierto, me doy cuenta, aprendo, lo ejerzo y me doy cuenta del efecto de ese momento y digo "a ver, a ver, pero ¿cómo se deshace esto?" ¿no?

Porque, básicamente, la parte de auto observarme es como... de hecho, hasta en lo personal, me cuesta mucho, por ejemplo, la parte de reconocermelo a mí mismo, este... y me ha pasado que voy en la calle o en la casa tengo un espejo y de repente me veo... y digo "¡ah, chihuahuas!", como que no me había visto, ¿no?, o sea... no me había visto a mí mismo y digo "no, así no salgo a la calle, mejor me rasuro". O sea, es como ese tipo de... pero bueno; ahí la dejo esta vez (Usuario).

Finalmente, el grupo aparece como un soporte relevante para algunos usuarios, después de ver una técnica donde se revisa la metodología: "Me da la impresión que, de poco a poquito me... me van a echar la mano, todos ustedes, para quizá entrar a temas de autocuidado". Otro asistente comenta: "este proceso me ayudó bastante, en la parte de la reflexión yo... [...] me ayuda mucho esta parte reflexiva, esta convivencia, escucharlos y pues con eso me voy ¿no?" (Usuario). De esta manera, el impacto de la presentación de la metodología genera disonancia cognoscitiva en los usuarios lo que agradecen y les permite mirar otros aspectos de la violencia que no habían visto. Gracias a ello se interesan en ejercer la responsabilidad mediante la metodología que aprenden con el apoyo del grupo.

4.- Conclusiones

En la intervención en línea del PNHPH, la exposición de la metodología como técnica de intervención fue algo relevante para los usuarios. Ello fue novedoso. El que los usuarios conozcan la metodología y el facilitador la comparta, favorece la comprensión más amplia tanto de los aspectos que influyen en el ejercicio de la violencia de los usuarios como del significado de conceptos como responsabilidad (no solo sobre esta conducta sino, además, sobre su proyecto de vida misma). Asimismo, permiten conocer, ejercitar y construir conductas de igualdad que los usuarios no contemplaban posibles; debido a que las conductas abusivas eran su peor preocupación al momento de llegar a grupo.

Aunque pareciera ser una tarea compleja, existen formas de compartir de manera asequible el método en el grupo. Se observa que al ilustrar cómo se va de la conducta abusiva a los aspectos cognitivos que la refuerzan, y después a los emocionales, para después pasar a los corporales, comunicacionales, a los de la historia de vida, etc. y de ahí regresar a una nueva comprensión de la conducta de violencia (del todo a las partes al todo y de éste a las partes); así como de la conducta de abuso a la igualitaria, y viceversa, permite a los usuarios dejar la idea causa-efecto que han tenido al tratar de entender su violencia, además, les facilita pararla y construir las conductas equitativas e igualitarias. Esto les amplía el panorama a los usuarios, haciéndoles ver que hay otros componentes -además de los vistos- y que incluso hay más aspectos a trabajar además de los componentes relacionados con la violencia (o sea, los componentes relacionados a la equidad). Esto permite un programa muy dinámico que agradecen los hombres que ejercen violencia contra sus parejas.

Asimismo, compartir el método resta poder al facilitador y da elementos a los usuarios para construir sus propios conceptos, ideas, y métodos. Ellos complementan las opciones ofrecidas en el grupo con ideas de ellos, surgidas desde su experiencia. Ellos dan el orden para comprender y deconstruir su ejercicio de violencia y el orden para construir sus respuestas equitativas.

Además, si deciden el orden en que terminarán con su ejercicio de violencia, también eligen la secuencia y los componentes que integrarán sus conductas de igualdad y equidad. Quienes facilitamos los grupos tan solo acompañamos el proceso. En éste se aprende a dejar las conductas de violencia de género y a construir las de equidad e igualdad.

Referencias bibliográficas

- 1.- Bronfenbrenner, U., & Morris, P.A. The bioecological model of human development. In W.Damon, Handbook of child psychology. Vol. 1 (pp.993–1027). New York, NY: Wiley & Sons, 1998.
- 2.- Crenshaw, Kimberlé W., (1991). "Mapping the Margins: Intersectionality", en Identity Politics, and Violence against Women of Color, Stanford Law Review, Vol. 43, No. 6., pp.1241–1299, Estados Unidos, 1991.
- 3.- Garda, Roberto y Bolaños Fernando, Caminando Hacia la Equidad. Programa multidimensional y multicomponente para detener la violencia de género de los hombres en las familias, primera edición, México, Instituto Nacional de las Mujeres y Hombres por la Equidad, A.C., 2007.
- 4.- Garda, Roberto, Nuevas habilidades para los hombres. Para varones que desean construir la equidad y la igualdad en sus relaciones de pareja y familiares, Primera edición, México, Gobierno de la Ciudad de México y Hombres por la Equidad, 2017.
- 5.- Garda Salas, Roberto, "Características, motivos de asistencia y estrategias de trabajo con hombres que asisten a grupos de reflexión del Programa Nuevas Habilidades para los Hombres de México. Intervención en línea durante la pandemia del Covid 19" en Griselda Gutiérrez Castañeda (Coordinadora) Masculinidades. Género, Subjetividad, Poder y Violencia. Primera edición, México, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, 2022.
- 6.- Garda Roberto, Programa Nuevas Habilidades para los hombres. Manual del Facilitador y la Facilitadora (Versión borrador), primera edición, Ciudad de México, México, Hombres por la Equidad, A.C., 2022.
- 7.- Liendro Eduardo, Cervantes Francisco y Garda Roberto (2002), Programa de Hombres Renunciando a su Violencia (PHRSV). Manual del facilitador de primer nivel, primera edición, Ciudad de México, México, Distrito Federal y Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias, A.C., 2002.
- 8.- Liendro Eduardo, Cervantes Francisco y Garda Roberto (2002), Programa de Hombres Renunciando a su Violencia (PHRSV). Manual del facilitador del segundo y tercer nivel, primera edición, Ciudad de México, México, Distrito Federal y Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias, A.C., 2002.
- 9.- Martha Hajar y. Rosario Valdéz (Coord.), Programa de reeducación para víctimas y agresores de violencia de pareja, primera edición, Ciudad de México, México, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, 2010.

20.2 Para compartir



Migración y salud

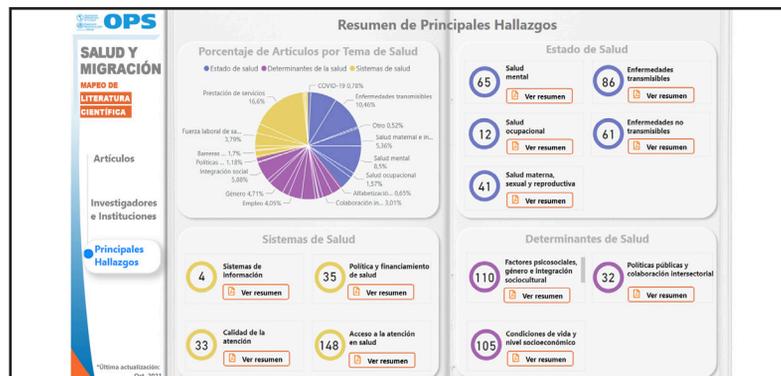
En la actualidad, la región de América Latina y el Caribe enfrenta una de las situaciones de desplazamiento humano más grandes del mundo, con 15 millones de personas migrantes en 2022, según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

De acuerdo con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), México es un país de origen, tránsito, destino y retorno migratorio; por lo que, es imperante gestionar acciones que mitiguen los efectos de desigualdad, discriminación y estigmatización hacia las personas migrantes (integradas también las que viven en situación irregular) para eliminar potenciales obstáculos que les impidan el ejercicio del derecho fundamental a la salud.

Se han construido normativas, documentos y herramientas que buscan -a través de su aplicación- minimizar las consecuencias negativas del proceso migratorio.

Por ello, en este número recopilamos algunos de estos instrumentos para su revisión, consulta y aplicación:

Plataforma Informativa sobre Salud y Migración



La Organización Panamericana de la Salud (OPS) lanzó durante este año la *Plataforma Informativa sobre Salud y Migración*, ésta provee el acceso sencillo a evidencia cualitativa y cuantitativa sobre salud y migración generada a través de ejercicios de investigación, mapeos de información y actividades centradas en la gestión de conocimiento y repositorios digitales interactivos.

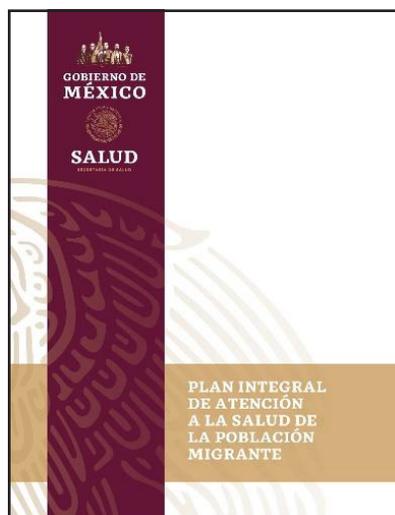
Esta herramienta tecnológica secciona sus mapeos en dos:

- Marcos políticos, legales y regulatorios sobre salud y migración en la región de las Américas, con un enfoque basado en derechos humanos; y
- Mapeo de literatura científica en salud y migración en la región de las Américas.

Cada una de éstas, se presenta de manera individual y contiene tableros interactivos que permiten aplicar filtros de análisis para facilitar la búsqueda de información específica. Este instrumento está destinado a todas las partes interesadas que influyen en la elaboración de políticas, leyes y programas sobre salud y migración, agencias intergubernamentales; profesionales de la salud (personal médico, personal de enfermería, trabajadoras/es de salud comunitarios, etc.); investigadoras/es; sector privado; universidades; fundaciones; organizaciones no gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil.

La herramienta -desarrollada en colaboración con la Universidad Torcuato Di Tella, en Argentina, y la Universidad del Desarrollo, en Chile- es de fácil navegación y puede consultarse en: <https://www.paho.org/es/migracion-salud-americas>

Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante



El *Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante* reúne acciones en tres niveles de operación: federal, estatal y jurisdiccional; así como, acciones generales y específicas por los siguientes componentes: promoción de la salud y comunicación de riesgos, atención médica prehospitalaria, atención médica, salud mental, salud pública, protección contra riesgos sanitarios, fortalecimiento de alianzas, redes y cooperación con los países fronterizos.

Este documento elaborado por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, de la Secretaría de Salud, tiene como objetivos específicos:

- Coordinar la atención a la salud de primer contacto requerida por la población migrante

como eje principal de la respuesta humanitaria de México, con énfasis en los derechos humanos y las pautas internacionales de atención;

- Favorecer el acceso a la atención médica, incluyendo la psicológica en otros niveles de atención –de urgencias, hospitalario, rehabilitación o paliativo- sin importar la condición migratoria cuando se requiera, para preservar la salud o la vida tanto del migrante como de algún familiar en el territorio nacional;
- Realizar referencia oportuna de riesgos potenciales a la salud pública para un abordaje epidemiológico integral; y
- Monitorear los riesgos potenciales a la salud pública.

Este plan es aplicable para todas las instancias de sector salud, con adición de las instituciones y organizaciones nacionales e internacionales, así como de los sectores público, social y privado que participen en la atención en salud de la población migrante (Refugios Temporales para Migrantes, Módulos de Atención para Migrantes

y Unidades de Salud (fijas o móviles)). Si desea conocer más sobre este documento visite: <https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/PlanIntegralAttnSaludPobMigrante.pdf>

Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020 (Informe de la investigación)

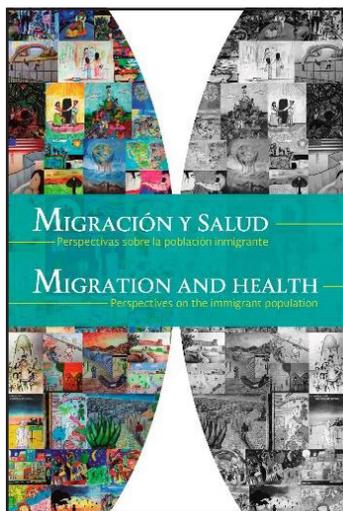
El informe *Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020*, responde al fenómeno de la feminización de la migración en el país; así como al aumento progresivo del número de personas que solicitan el reconocimiento de la condición de refugiadas en México, además del incremento en el número de niñas, niños, y adolescentes no acompañadas y acompañados que migran.

Derivado del alto flujo de entrada, tránsito, y acogida de personas en situación migratoria irregular, el estudio centra sus esfuerzos en Tapachula, Chiapas. Mientras que aborda algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva (SSR) de algunas mujeres cisgénero en movilidad de una nacionalidad distinta a la mexicana.

Este documento realizado, de manera conjunta, por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), Ipas CAM, A.C., Médicos del Mundo Francia México, A.C. y Population Council Inc., tiene por objetivo la identificación de necesidades y áreas de oportunidad para mejorar la atención de las mujeres migrantes desde un enfoque de género y de derechos humanos. Asimismo, genera recomendaciones concretas dirigidas a autoridades sanitarias a nivel federal, estatal, municipal, y de Jurisdicción Sanitaria; para prestadoras y prestadores de servicios de salud; y para Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y Organismos Internacionales (OI). También para otras autoridades responsables del bienestar de personas en la migración, como el Instituto Nacional de Migración (INM) y la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR), entre otras, con el fin de mejorar el acceso y calidad de la prestación de servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) a mujeres migrantes en Tapachula, tomando en cuenta su diversidad de perfiles y necesidades.

Para revisar el informe de resultados completo, consulte: <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/es/documentos/mujeres-migrantes-entapachula?state=published>

Migración y Salud. Perspectivas sobre la población inmigrante / Migration and Health. Perspectives on the immigrant population



Durante 2016, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y la Universidad de California (UC) compilaron siete artículos que analizan algunos de los retos y avances en el binomio migración y salud.

Este reporte, producto de cooperación binacional, alude a poblaciones migrantes en Estados Unidos, personas migrantes que han retornado a su país de origen, así como aquella población que transita por México con el objetivo de llegar a Estados Unidos.

Los artículos integrados documentan algunas aristas de migración y salud, con el objetivo de aportar un mayor número de elementos para la comprensión y la toma de decisiones en favor de la población migrante, estos son:

1. Prevención temprana de las enfermedades crónicas por medio de intervenciones en la nutrición y la actividad física.
2. Migración, vulnerabilidad y salud: los jóvenes mexicanos en Estados Unidos.
3. El embarazo de adolescentes en México y en California: políticas públicas y consecuencias programáticas.
4. Módulos de Salud del Migrante. Una oportunidad para conocer y mejorar las condiciones de salud de migrantes repatriados en la frontera norte de México.
5. Violencia juvenil y migración en México y Estados Unidos: identificación de medidas para proteger a nuestra juventud.
6. Migrantes en tránsito por México: situación de salud y acceso a servicios de salud.
7. Ventanillas de Salud: un programa que busca mejorar las condiciones de salud de los migrantes mexicanos que viven en Estados Unidos.

Para la lectura de esta recopilación, acceder a: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/migracion-y-salud-perspectivas-sobre-lapoblacion-inmigrante-migration-and-health-perspectives-on-the-immigrant-population>

Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes



La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó durante este año el *Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes*, en éste se demuestra que salud de las poblaciones mencionadas no es inicialmente inferior al de las poblaciones que les acogen, sino que la degradación de su salud se deriva de varios factores como: las diferencias en educación, ingresos, vivienda y acceso a los servicios, mismo que se agrava por barreras lingüísticas, culturales, jurídicas y de otra índole y por la interconexión de todos estos factores a lo largo de la vida.

Asimismo, este informe pone en manifiesto que las personas trabajadoras migrantes desempeñan trabajos sucios, peligrosos y exigentes; además de tener un mayor riesgo de sufrir accidentes laborales, lesiones y

problemas de salud relacionados con el trabajo en comparación con quienes laboran en su territorio local. Situación que se agrava con que, a menudo, las poblaciones migrantes tienen poco acceso a la salud.

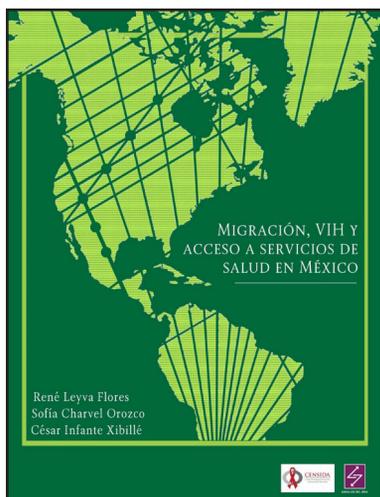
Entre las problemáticas planteadas dentro de este documento se menciona también la carencia de datos y los sistemas de información sobre la salud de personas refugiadas y migrantes. Este sesgo de ausencia y desglose impide comprender y abordar las necesidades de salud de la población migrante; así como desarrollar enfoques inclusivos y seguimiento de progresos para el alcance pleno del derecho a la salud.

Además de mostrar de forma amplia y detallada los numerosos problemas de salud que sufren cientos de millones de personas que se encuentran en esa situación (basándose en un gran número de pruebas obtenidas en distintas partes del mundo), el informe presenta soluciones prácticas para hacer frente a las desigualdades en la atención de quienes viven en tránsito y/o refugio. La invitación es, además, a reorientar los sistemas de salud existentes para la atención de estas poblaciones.

Es preciso reorientar los sistemas de salud existentes para que todos sus servicios y programas atiendan a los refugiados y los migrantes, con arreglo a los principios de la atención primaria y la cobertura sanitaria universal. Asimismo, se debe hacer un seguimiento de los determinantes de la salud de los refugiados y los migrantes, de su situación y de su evolución para determinar si se han realizado progresos hacia el logro de los (Objetivos de Desarrollo Sostenibles) ODS y de otros objetivos y metas. Habida cuenta de que la salud y el bienestar de las personas refugiadas y migrantes afectan a diversos sectores de la sociedad, el sector de la salud debe tomar la iniciativa en este sentido y facilitar las actividades.

El informe completo se encuentra disponible para su consulta en: <https://reliefweb.int/report/world/informe-mundial-sobre-la-salud-de-los-refugiados-y-los-migrantes-resumen>

Migración, VIH y acceso a servicios de salud en México



Desde 1999, el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (CENSIDA) incluyó a diferentes grupos de población móvil como parte de quienes son especialmente vulnerables a la epidemia de VIH. A partir de entonces, este Centro ha desarrollado estrategias para prevenir la transmisión y brindar atención integral a poblaciones móviles, en colaboración con organizaciones de la sociedad civil y académicas.

Entre estas acciones se incluyen las referentes al análisis e investigación; por lo que, en 2019 publicó en su volumen 14, *Migración, VIH y acceso a servicios de salud en México*, de su Colección Ángulos del SIDA. Este libro analiza el acceso de la población migrante a la atención integral del VIH, Sida e ITS en los servicios de salud de

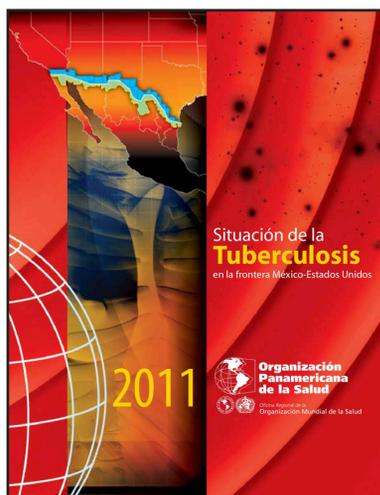
los estados de Chiapas, Oaxaca y Tabasco, con la finalidad de ofrecer estrategias eficaces que permitan la integración de la población migrante a los servicios de salud.

De manera general, analiza el marco jurídico-legal migratorio relacionado con la atención en salud de las personas en tránsito para localizar barreras de acceso a los servicios de salubridad; así como, los procesos relacionados a la vinculación a estos servicios y el monitoreo de la atención de las personas migrantes con VIH que acuden a ellos.

El escrito proporciona un panorama general sobre la construcción de contextos de vulnerabilidad y situaciones de riesgo que viven de manera diferenciada los varones y mujeres inmersos en el proceso migratorio; y se vuelve una herramienta útil para considerar las condiciones específicas en que se generan las situaciones de riesgo de transmisión del VIH en migrantes o sus parejas que se quedan en las comunidades de origen.

Si deseas consultar esta edición, visita: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/498523/Migraci_n_y_VIH_2019_No14.pdf

Situación de la tuberculosis en la frontera México-Estados Unidos



Durante 2011, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó el informe *Situación de la tuberculosis en la frontera México-Estados Unidos*. Esta investigación surge desde el conocimiento de la alta concentración de casos de tuberculosis (TB) en la región fronteriza abordada.

De acuerdo con este documento, los estados fronterizos de México y Estados Unidos, concentran alrededor del 30% del total de los casos de TB registrados en sus propios países. Este documento analiza las determinantes sociales en relación a la tuberculosis considerando que la población de estos territorios es más propensa a concentrar casos de esta enfermedad que el resto del país, ya que su población está creciendo más rápidamente, y parte de este crecimiento proviene de población cuyo origen está en naciones hispanas,

(siendo de México la gran mayoría), cuyas tasas de incidencia y prevalencia de TB son mayores que en EE.UU.

El abordaje de estos datos, análisis y recomendaciones con visión integral y binacional busca aportar a personas e instituciones tomadoras de decisiones de ambos países, evidencia y conocimiento que orienten la formulación de políticas y planes que favorezcan el trabajo coordinado, en beneficio de pacientes, sus familias y toda la población de la frontera en ambos países.

Si desea consultar los resultados de este informe, visite: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3492/fep003174.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Más allá de la gramática

PERSONAS MIGRANTES EN SITUACIÓN IRREGULAR



Los Estados vinculados a la ONU invitan a dejar de hacer uso de términos deshumanizantes asociados a la migración, en su lugar se recomienda el uso de términos más neutrales, como ocurre en el caso del término “migrante ilegal”, en lugar del cual resulta preferible utilizar la expresión “migrante en situación irregular”.

Con lo que se reafirma que la irregularidad en términos migratorios se refiere a la situación de la persona en un momento específico y durante un espacio de tiempo determinado y no como un adjetivo de ésta.

FUENTE: Glosario de la OIM sobre Migración, Organización Internacional para las Migraciones (OIM), 2019. (<https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml-34-glossary-es.pdf>)

Desciframos

Personas migrantes y salud

En 2020, globalmente, un estimado de 281 millones de personas vivían en un país distinto a su país natal, cifra equivalente al 3.6% de la población mundial, de acuerdo con la Organización Mundial para las Migraciones (OIM). Esta organización asevera que los procesos migratorios están compuestos por diferentes grupos de población, incluyendo distintas categorías de personas migrantes, tales como: migrantes económicos, migrantes en situación migratoria irregular, personas refugiadas y solicitantes de asilo.

La irregularidad referida en términos migratorios hace alusión a la situación de la persona en un momento específico y durante un espacio de tiempo determinado, no como un adjetivo de ésta. Derivado de modificaciones legales y políticas, es posible que las personas migrantes “entren y salgan” de esta situación irregular.

Por territorio mexicano fueron identificadas 147 mil 33 personas migrantes que transitaban en condición irregular durante el periodo comprendido entre el 1º de enero y el 31 de agosto del 2021, cifra que triplica las registradas durante el mismo periodo del 2020. De estas personas, 145 mil 863 son originarias de América y el resto de Asia, África, Europa y Oceanía, y entre las naciones de estos últimos continentes sobresalen las provenientes de Bangladesh, Senegal, India, Rusia, Ghana y Nepal, con más de 100 personas reconocidas por cada país.

De acuerdo con ONU Mujeres, las mujeres migrantes constituyen aproximadamente 20% de la población migrante en tránsito irregular por México (30,000 mujeres al año). Si bien las mujeres logran cruzar el territorio mexicano de forma más eficaz que los hombres gracias a sus estrategias de viaje, las desigualdades de género originan mayores riesgos para ellas dentro de la experiencia migratoria: lesiones laborales, abuso sexual, violencia, limitada atención en salud sexual y reproductiva, depresión y mayor gasto de bolsillo.

La Comisión Americana de Salud, Bienestar y Seguridad Social, dentro del documento *El acceso a la salud de la migración irregular en México*, menciona que la violencia de género en la experiencia migratoria daña la salud de las mujeres, afectándolas no solo físicamente, sino psicológica y socialmente. De manera que las mujeres son el grupo más vulnerable al padecer violencia sexual, física y psicológica durante su experiencia migratoria.

A pesar de que es difícil contar con cifras confiables sobre la prevalencia, derivado de varios obstáculos para la revelación de estos incidentes, se sabe de entre 24% a 80% de mujeres migrantes y refugiadas experimentan alguna forma de violencia sexual en su tránsito.

Aunado a este riesgo, cuando se encuentran embarazadas, las mujeres en condición migrante irregular pueden tener consecuencias negativas en el parto y tienen mayor probabilidad de experimentar mortalidad materna y nacimientos prematuros en comparación con mujeres no migrantes. De acuerdo con la información del sistema de monitoreo de riesgo y acceso a servicios de salud de las Casas del Migrante, citado en el documento *Migración, VIH y acceso a servicios de salud en México*, publicado en 2018 por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), 6% de mujeres migrantes se encuentran embarazadas.

Una investigación publicada -a finales de 2021- por Population Council, Inc. y el Colegio de la Frontera Norte buscó obtener respuestas directamente de las mujeres migrantes en tránsito por México que se encuentran en la frontera norte del país (Ciudad Juárez, Chihuahua) acerca de las intervenciones que atienden las necesidades de salud sexual y reproductiva (SSR). En este estudio se encuestó a 15 mujeres que estuvieron embarazadas durante su trayecto por México (embarazadas al momento de salir de lugar de origen y las que se embarazaron durante su recorrido por el país); tres mujeres no buscaron la atención en servicios públicos de salud por falta de dinero o por no saber a dónde ir, dos de ellas se atendieron en consultorios adyacentes a una farmacias, dos vivieron un aborto y nueve de ellas tuvieron el parto durante su camino (un lugar distinto a Ciudad Juárez).

Respecto a la atención recibida en el parto, tres de las ocho* mujeres (no incluye datos de una mujer respecto a la atención recibida durante el parto) que parieron en el trayecto, reportaron haber recibido comentarios que le parecieron ofensivos o humillantes; mientras que a una cuarta parte, se refirieron de forma inapropiada por su color de piel.

Cuadro 1. Situaciones vividas por mujeres migrantes durante la atención del parto.

Situación	Porcentaje (n=8)*
Le explicaron sobre el procedimiento que se llevaría a cabo	75%
Le dieron espacio para hacer preguntas	50%
La ignoraron cuando hizo preguntas o expresó preocupaciones	50%
Le hicieron un estudio socioeconómico para determinar el costo de la atención	50%
La atención fue sin ningún costo	62.5%
Tuvo que esperar largas horas para ser atendida sin que le dieran explicación	62.5%
Le gritaron o regañaron	22.2%
Le dijeron cosas ofensivas o humillantes	37.5%
Se refirieron a usted de forma inapropiada por su país de origen	12.5%
Se refirieron a usted de forma inapropiada por su forma de hablar	0%
Se refirieron a usted de forma inapropiada por su color de piel	25%
Se refirieron a usted de forma inapropiada por su apariencia	25%
Se refirieron a usted de forma inapropiada por su orientación sexual	0%
El personal médico fue siempre respetuoso	62.5%
Le dieron instrucciones impresas explicando el tratamiento después del parto	50%
Le hicieron saber que estaban haciendo todo lo posible para cuidar de usted	50%
Recomendaría a otra mujer migrante atenderse donde usted lo hizo	87.5%

*De una mujer faltaron datos sobre la atención.

FUENTE: *Necesidades y atención en salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes en México. Un estudio desde Ciudad Juárez, Chihuahua. Volumen 1. Informe de resultados.* Population Council, Inc. y El Colegio de la Frontera Norte, noviembre del 2021.

Durante el trayecto todas las mujeres vivieron preocupación por no tener dinero, según el volumen 1 de este estudio; mientras que, en relación con el total de la población encuestada, las mujeres embarazadas tuvieron mayor preocupación por no tener qué comer o beber. Asimismo, este grupo manifestó haber sufrido en mayor proporción violencia física (60%) y amenazas o intimidación (80%) que el total de las encuestadas (20.1% y 42.4%, respectivamente).

Para las mujeres y otras identidades sexogenéricas no normativas, la violencia de género vivida en sus países de origen es reportada tanto como una razón de migración; así como un riesgo mayor al que se enfrentan los hombres de vivir violencia sexual en el trayecto migratorio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que la población LGBTTTI+* destaca entre las más vulnerables y marginadas de los 84 millones de personas desplazadas que existen actualmente en el mundo.

La interpretación y aplicación del derecho internacional y nacional de las personas refugiadas en México”, estimó que los principales motivos por los que hombres, mujeres, niñas, niños y personas LGBTTTI+ huyen de Centroamérica, obedece al riesgo de sufrir un atentado a su vida, libertad o seguridad. Sin embargo, abandonar los lugares de origen no les garantiza una vida libre de violencia; según ACNUR (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados), dos tercios de las personas LGBTTTI+ solicitantes de asilo y refugiadas provenientes del llamado Triángulo Norte de Centroamérica (El Salvador, Guatemala y Honduras), entrevistadas en 2016 para la realización de un estudio, reportaron haber sufrido violencia sexual y de género en México tras cruzar la frontera por puntos ciegos.

Acceso a la salud para personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas

Los derechos humanos son inherentes a todos los seres humanos, sin importar su estatus legal ni migratorio, estos no están vinculados a la ciudadanía o nacionalidad de una persona. Aunque el derecho a la salud no comienza ni termina en la frontera de los países, el proceso que viven las personas en tránsito migratorio dificulta el acceso a este derecho.

En México, cualquier persona que se encuentre en el territorio nacional goza de todos los derechos humanos contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) y en los tratados internacionales de los cuales el país es parte; a pesar de ello, el acercamiento a cualquier tipo de atención médica se ve obstaculizado por diversos medios.

Las poblaciones migrantes y en movilidad enfrentan diferentes impedimentos para acceder a los servicios de atención de salud esenciales debido a diversos factores, entre los que se encuentran: su condición de migrantes irregulares, las barreras lingüísticas, la carencia de políticas sanitarias que tengan debidamente en cuenta a las personas migrantes, y la inaccesibilidad a servicios. Por esta razón, la situación migratoria es considerada dentro de los determinantes sociales de la salud.

De acuerdo con el estudio *Perspectivas de los migrantes: Generar confianza en acción humanitaria*, elaborado por el Laboratorio Mundial de la Migración de la Cruz Roja y la Media Luna Roja en este año, aunque el 44% de personas migrantes encuestadas declararon haber recibido algún tipo de protección y asistencia en una o más etapas de su viaje, más de tres cuartas partes (79%) manifestó haber necesitado asistencia y protección en alguna etapa de su trayecto, pero no la recibieron.

En el reporte mencionado se entrevistó a más de 16,800 migrantes en 15 países del mundo (Argentina, Australia, Finlandia, Francia, Gambia, Honduras, Maldivas, Malí, Níger, Sudáfrica, Sri Lanka, Sudán, Suecia, Turquía y Zambia) y es un reflejo sobre en quién confían las personas migrantes -y por qué- cuando buscan protección y asistencia humanitaria durante sus tránsitos. En este sentido, se observó que una cuarta parte (25%) de las personas encuestadas temen que buscar asistencia humanitaria los ponga en riesgo de detención o deportación; este miedo se evidenció entre quienes se autoidentifican como deportadas (48%), aquellas cuya solicitud había sido denegada (40%) y quienes se encontraban en situación irregular (37%).

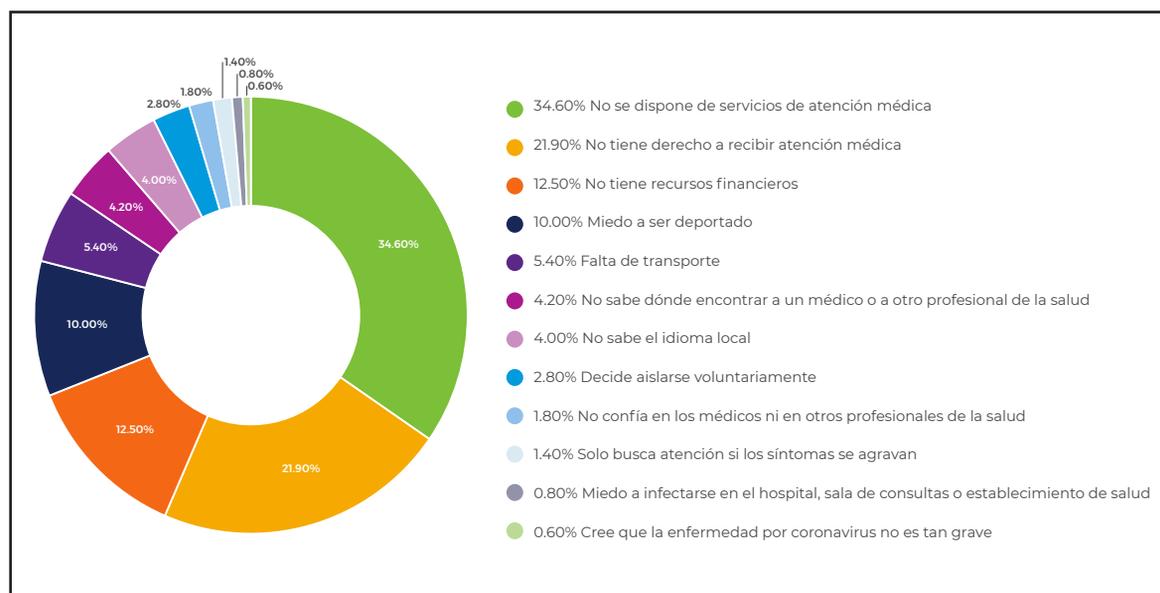
En este mismo informe, el 40% declaró no saber dónde y/o cómo acceder a servicios de asistencia y protección humanitaria, dejándoles en estado de indefensión frente a las necesidades de atención en salud que pudieran requerir durante su proceso migratorio.

La pandemia por COVID-19 profundizó brechas de desigualdad en el acceso a los servicios de salud. De acuerdo con un informe de la OMS, elaborado -durante 2021- por la colaboración de la Universidad de Gante, la Universidad de Copenhague y el Consorcio ApartTogether, las personas refugiadas y migrantes que viven en las calles, en alojamientos inseguros o centros de asilo, así como aquellas que tienen un estatus irregular, recibieron los peores impactos de la pandemia.

En comparación con las poblaciones de acogida, para quienes se encuentran en procesos de movilidad pueden existir barreras adicionales para acceder y utilizar eficazmente los servicios de atención médica, como pagos directos elevados, idioma hablado, restricciones de acceso basadas en la situación migratoria y necesidades de capacitación para quienes les brindan atención.

Por otro lado, el Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes señala que las tres principales razones para que esta población no buscará atención médica al presentar síntomas relacionados con la COVID-19 se encuentran: no se dispone de servicios de atención médica, no tiene derecho a recibir atención médica y no tiene recursos financieros.

Gráfica 1. Razones por las que personas migrantes y refugiadas* no buscaron atención médica al presentar presuntos síntomas de COVID-19



FUENTE: Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes: resumen, Organización Mundial de la Salud, 2022.

Aunque en México existe un marco legal alineado respecto al acceso a la salud de la población migrante en condición irregular, la intensidad de ésta es de considerable relevancia, ya que socava el acceso a los medios institucionales para la salud.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) manifiesta que los principales derechos vulnerados de las personas migrantes por autoridades y hechos violatorios, en materia de protección de la salud son:

Omitir proporcionar atención médica	Negligencia médica	Realizar deficientemente los trámites médicos	Omitir suministrar medicamentos	Omitir implementar la infraestructura necesaria para una adecuada prestación de los servicios de salud
Omitir dar información sobre el estado de salud	Omitir brindar el servicio de hospitalización	Integración irregular de expedientes deficientemente los trámites médicos	Abandono de paciente	

Las diversas limitantes para el acceso pleno a los servicios y protección financiera de la salud pueden considerarse consecuencia de una interseccionalidad de desventajas; aunado a esto, existen otros elementos que exponen a las personas migrantes en condición de irregularidad a un riesgo mayor a enfermedades de infección sexual como el VIH/sida, tuberculosis y hepatitis.

Entre los retos que entorpecen la tarea de abordar la vulnerabilidad de la población migrante y en tránsito en el acceso al derecho a la salud, cabe señalar la falta de datos específicos que sirvan de base para la toma de decisiones, la persistencia de los estigmas y las actitudes discriminatorias, así como las restricciones en el acceso a servicios, consecuencia de su situación jurídica.

Derivado de diversos impactos socioeconómicos es previsible que el número de las personas que viven procesos migratorios aumente, por ello se vuelve fundamental que se garanticen todos los derechos para todas las personas en cualquier territorio.

SALUD Y MIGRACIÓN



El 2020, el 3.6% de la población mundial vivía en un país distinto a su país natal.

ONU Mujeres manifiesta que el 50% de las personas refugiadas globalmente son mujeres y niñas.

Mientras que en México, se estima que las mujeres constituyen el 20% de la población migrante en tránsito irregular por el país (30,000 mujeres al año).

En salud, las poblaciones migrantes y en movilidad viven discriminación interseccional por: género, etnia, diversidad funcional, clase social, factor geopolítico, interculturalidad, eco determinantes, etc.

Si bien mujeres y hombres migrantes tienen experiencias y contextos diferentes, enfrentan indistintamente: mayor peligro de sufrir lesiones ocupacionales, violencia (incluida la violencia sexual), abuso de drogas, trastornos de salud mental, tuberculosis, infección por el VIH/sida y otras enfermedades infecciosas. Además, barreras que obstaculicen el acceso a los servicios de la salud, como: políticas y leyes restrictivas, costos elevados, diferencias culturales y de idioma, estigmatización y discriminación.



Entre **24% a 80%** de mujeres migrantes y refugiadas experimentan alguna forma de violencia sexual en su tránsito.

En 2016, los problemas de salud reportados con más frecuencia por migrantes de Centroamérica en las casas y albergues de México, fueron: enfermedades respiratorias (40.0%) y heridas y accidentes (9.7%).



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

[f](#) [t](#) [@](#) [gob.mx/salud](#)

Notigénero

El estado de Guerrero despenalizó el aborto

Mediante modificaciones hechas por el Congreso de Guerrero al Código Penal local, se despenalizó el aborto en esta entidad. El Pleno de la LXIII Legislatura aprobó, el pasado 17 de mayo, el dictamen que contiene las reformas y adiciones a este ordenamiento para establecer la interrupción legal del embarazo dentro de las primeras 12 semanas de gestación.

Para este logro, se reformaron seis artículos del Código Penal local (del 154 al 159) y se derogó el 158, que castigaba con penas de uno a tres años de prisión a quien viviera un aborto fuera de las causales de violación, riesgo para la salud o inseminación artificial no consentida.

Esta medida sigue la directriz de la sentencia ordenada por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) a favor de la despenalización del aborto en todo el país, realizada en septiembre 2021, por la que ninguna mujer puede ser encarcelada en México por abortar y obliga a jueces locales y federales a dictar sentencia en ese sentido.

Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG)

El pasado 28 de junio, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) dio a conocer los resultados de la Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG) 2021. La encuesta reveló que, en México, uno de cada 20 habitantes pertenece a la comunidad LGBTI+, lo que representa el 5.1 por ciento de la población.

Este trabajo estadístico se realizó por primera vez en el país con el objetivo de obtener información de la población de 15 años y más que se reconoce con orientación sexual y/o identidad de género (OSIG) LGBTI+. Su diseño contó con el apoyo del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), así como el de organizaciones de la sociedad civil, instituciones gubernamentales y académicas.

El levantamiento de la ENDISEG se llevó a cabo del 23 de agosto de 2021 al 16 de enero de 2022 en cerca de 44 mil viviendas; con la participación de 14 mil 364 personas mayores de 15 años. De ellas, 7 mil 060 manifestaron pertenecer a la población LGBTI+ (6 mil 915 con una orientación sexual LGB+, 4 mil 203 hombres y 2 mil 712 mujeres) y mil 343 se autodeterminaron con una identidad de género Trans+.

Asimismo, la encuesta reveló que los rangos etarios predominantes en esta comunidad son los de 18 a 29 años y 30 a 44 años, con un 49.7 por ciento y 36.8 por ciento, respectivamente.

La encuesta permitió visibilizar en la estadística oficial a una población que se había mantenido principalmente oculta en este ámbito. “Esta encuesta fue casi una catarsis existencial, me ayudó a contar algo que nunca había dicho”. “Estoy feliz de la visibilización estadística que se encuentra haciendo la INEGI en estos momentos.”, son algunas de las opiniones finales que se expresaron en la ENDISEG.

CNDH presenta atlas de las personas LGBTTTI

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) presentó de manera virtual, el 24 de junio del 2022, el primer Atlas de las Personas LGBTTTI en México, que es una herramienta para seguir impulsando acciones de protección y defensa de ésta comunidad y es de acceso público. El documento, que estará en constante actualización, cuenta con 65 indicadores agrupados en siete dimensiones que el organismo recopiló de censos y encuestas nacionales, así como de informes de las comisiones de Derechos Humanos estatales.

De acuerdo con la Presidenta Rosario Piedra Ibarra, titular de la CNDH, “el propósito fundamental (de este atlas) es dar un mayor peso al marco jurídico nacional vigente con respecto a las obligaciones que el Estado tiene con respecto de los derechos de la comunidad LGBTTTI, tales como la prohibición de la discriminación, el derecho al matrimonio igualitario, el reconocimiento a la identidad y expresión de género”.

El documento presenta información cuantitativa y georreferenciada sobre las dificultades que tiene esta población en el acceso al ejercicio libre y pleno de sus derechos humanos, particularmente sobre:

1. Prácticas de reconocimiento integral de la identidad de género (rectificación de fotografía, nombre y mención sexo/género) que existen en el país.
2. Matrimonios igualitarios.
3. Discriminación en acceso a la vivienda.
4. Número de expedientes de queja por violaciones a derechos humanos basadas en orientación sexual e identidad de género, registradas en Organismos Públicos de Derechos Humanos.
5. Población LGBTTTI privada de su libertad.
6. Estimación de la población por orientación sexual.
7. Percepción del grado de respeto a personas gays, lesbianas o trans.
8. Relación entre el nivel educativo de la población en general y el desacuerdo respecto al matrimonio entre personas del mismo sexo.

Respecto a la información presentada se hizo la precisión de que no se utilizó la nomenclatura con las siglas “LGBTTTIQ+” en apego a las fuentes de información utilizadas, ya que éstas no hacían referencia a las personas “Queer”; sin embargo, su no inclusión no representa la posición de la Comisión.

Si bien el atlas no registra información específica sobre el derecho a la salud en esta población, sí es posible revisar el grado de respeto de los derechos de las personas gays, lesbianas y trans, por sexo y edad; violaciones a los derechos humanos registradas en los Organismos Públicos de Derechos Humanos (OPDH).

Se aprueba el matrimonio igualitario en Veracruz

El Congreso de Veracruz modificó el Código Civil local, el jueves 02 de junio de 2022, para permitir el matrimonio entre dos personas del mismo sexo.

Hasta antes de esta resolución, el artículo 75 del documento legal manifestaba que el matrimonio “es la unión de un solo hombre y de una sola mujer que conviven para realizar los fines esenciales de la familia como institución social y civil”; con los cambios realizados, actualmente determina: “el matrimonio es la unión de dos personas a través de un contrato civil que, en ejercicio de su voluntad, deciden compartir un proyecto de vida conjunto, a partir de una relación afectiva con ánimo de permanencia, cooperación y apoyo mutuo y sin impedimento legal alguno”.

En México, son 27 las entidades federativas que permiten el matrimonio igualitario.

Baja California Sur despenalizó el aborto

El Congreso del estado de Baja California Sur aprobó, el 02 de junio de 2022, la iniciativa de aborto legal que garantiza la interrupción libre y voluntaria del embarazo hasta las 12 semanas y seis días de gestación.

La iniciativa de esta entidad incluye reformas del artículo 151 al 156 del Código Civil estatal para eliminar el castigo de cárcel para cualquier mujer que decida interrumpir su embarazo.

Con los cambios al Código Civil, antes del tercer mes de embarazo, el aborto libre y voluntario está totalmente permitido; mientras que, si es después, la sanción consiste en 60 días de trabajo comunitario. Anteriormente, la pena iba de los seis meses a los dos años de prisión y únicamente estaba permitido en caso de violación, inseminación artificial no consentida o si la vida de la mujer embarazada estaba en peligro.

Entre las modificaciones en favor de este derecho, se encuentran también las realizadas a la ley de salud estatal a su Artículo 32 para garantizar el acceso a este derecho en todas las clínicas y hospitales del Estado. Conforme al dictamen, las instituciones de salud pública de Baja California Sur deberán contar con personal médico no objetor para realizar el procedimiento cuando cualquier mujer lo requiera. Asimismo, establece que “el personal de salud no podrá recurrir a la objeción de conciencia cuando la paciente esté en riesgo ni por discriminación”, y que “las instituciones deberán abstenerse de persuadir con cualquier doctrina” a las mujeres que necesiten abortar.

Se presentó el informe “Desigualdades en salud en América Latina y el Caribe y qué hacer al respecto”, elaborado por la EWEC LAC

“El primer paso para reducir las desigualdades es identificarlas”, de acuerdo con la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia- Capítulo América Latina y el Caribe (por sus siglas en inglés, EWEC LAC). Por ello, se llevó a cabo la presentación virtual del informe Desigualdades en salud en América Latina y el Caribe y qué hacer al respecto.

El documento es una línea de base de los objetivos de desarrollo sostenible de mujeres, niños y adolescentes (concretamente el ODS 3), que muestra un panorama antes y durante la pandemia; además manifiesta un mensaje alentador respecto al logro de disminución de brechas de desigualdad.

De acuerdo con el Dr. Óscar Mujica -OPS/OMS- “La única manera de mejorar la salud sin dejar a nadie atrás es mejorando el promedio y reduciendo la desigualdad y es lo que el informe intenta mostrar”. El representante de la OPS/OMS manifestó que tenemos que seguir midiendo en términos promediales pero simultáneamente ver cómo se distribuye la desigualdad, si se reduce o amplía. Para ello, formula tres propuestas (apuestas) de la EWEC LAC: 1. Formular metas cuantitativas explícitas de reducción de desigualdad para el ODS, 3. 2. Monitorear desigualdades en las metas del ODS,3. e incidir en el policy uptake.

Durante el evento, el Dr. Mújica coincidió con la Dra. Alejandra Acuña - Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA)- al expresar que es posible reducir las brechas de desigualdad con, entre otras cosas, voluntad política. Para conseguirlo, los estados miembros necesitan implementar mecanismos de sostenibilidad financiera para atender prioridades en salud.

Entre las otras propuestas manifestadas durante el evento destacan la necesidad de avanzar progresivamente hacia el acceso y cobertura universal en salud e implementar políticas públicas que modifiquen positivamente los determinantes sociales de la salud, si queremos efectivamente no dejar a nadie atrás. Asimismo, intervenciones basadas en evidencia financiadas (sic), articulación intersectorial, multidisciplinaria y apoyo de socios estratégicos nacionales e internacionales.

En este mismo foro, la Lic. María Alejandra Berroterán -UNICEF- presentó diversas herramientas técnicas que EWEC LAC ha desarrollado a través de los años, como: *Marco Regional de Monitoreo* que muestra los indicadores y estratificadores de salud prioritarios en América Latina y el Caribe, que incluye ficha identificadora para cada indicador, que se clasificaron de acuerdo a los tres objetivos de la agenda (sobrevivir, prosperar y transformar); *Guía paso a paso para el cálculo de métricas de desigualdad en salud*, un documento técnico dirigido a distintas personas interesadas en el análisis cuantitativo de desigualdades que busca facilitar la medición y monitoreo de desigualdades en salud, con ayuda de un programa computacional de fácil acceso (Excel); *Metodología para establecer metas del ODS 3 y reducción de desigualdades* que propone un algoritmo de obtención de metas, diseñado para establecer de forma simultánea metas cuantitativas para el promedio nacional de un indicador de salud del ODS 3 y para reducir brechas de desigualdad geográfica; entre otros documentos.

En el evento también participó, dando el mensaje de cierre y despedida, el Dr. Sebastián García Saiso, director del Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud de la OPS.

Tomará 132 años alcanzar la igualdad de género en el mundo, 30 años más que antes de la pandemia

De acuerdo con el *informe Global de Brecha de Género 2022* publicado por el Foro Económico Mundial, tomará 132 años alcanzar la igualdad de género en el mundo, el miércoles 13 de julio del año en curso. Los impactos surgidos a partir de la pandemia por COVID-19 aumentaron el periodo de tiempo, que previó a este evento era de 100 años.

Según el Informe, en el mundo solo se ha cerrado el 68% de la brecha de género.

Los países de América Latina y el Caribe mostraron altos niveles de paridad de género en el subíndice de Salud y Supervivencia, ha cerrado el 97.6% y todos los países de la región han alcanzado al menos el 96%.

En el ranking global de paridad de género, México se encuentra en la posición 31; mientras que ocupa el 4to a nivel regional.

Invitación para publicar

Género y salud en cifras presenta información cuantitativa y cualitativa sobre temas de género en salud, así como de prevención y atención de la violencia de género y su vinculación con la salud, también se enfoca en distintos análisis para el avance hacia la igualdad de oportunidades y el respeto a la protección de la salud de mujeres y hombres, en el marco de la no discriminación por sexo en los servicios de salud.

La publicación está dirigida a personal directivo y operativo del área de salud, instituciones académicas, centros de investigación, organizaciones civiles afines y todas las personas interesadas en los temas que trata.

Los escritos recibidos serán objeto de una revisión técnica, del dictamen de una persona especialista y de la valoración de tres asesoras/es editoriales, así como la aprobación final por parte del Comité Editorial a fin de determinar si el trabajo se publicará. En este proceso se valorarán los textos de manera respetuosa y propositiva en cuanto al diseño metodológico (introducción, objetivos, desarrollo del tema, y conclusiones), el análisis de la evidencia empírica, la originalidad y oportunidad de la información.

Se mantendrá comunicación con las personas autoras, a quienes se les notificará si su trabajo fue o no aceptado.

Criterios:

1. Se considerarán los siguientes tipos de colaboración: ensayos, artículos de divulgación científica, ponencias, testimonios y reseñas (pueden ser de carácter inédito o reelaboraciones de materiales ya publicados).
2. Las temáticas deben ser de interés general, estar rigurosamente documentadas e incorporar los temas de género en salud, de prevención y atención de la violencia de género y su vinculación con la salud, avance hacia la igualdad de oportunidades y el respeto a la protección de la salud de mujeres y hombres, en el marco de la no discriminación por sexo en los servicios de salud.
3. Emplear letra Arial, 12 puntos, a doble espacio (10 puntos para las citas, pies de páginas y referencias bibliográficas)
4. Incluir un resumen de aproximadamente media cuartilla y anotar 3 o 4 palabras clave.
5. Contar con una extensión máxima de 25 cuartillas (con resumen, bibliografía y anexos incluidos para ensayos, artículos y ponencias); y no más de 15 cuartillas para testimonios o reseñas, todas con las páginas numeradas.
6. Manejar lenguaje incluyente y no sexista, usando términos neutros o con la referencia a cada sexo y evitando cualquier forma de estereotipación, discriminación, exclusión social o expresión de fobias. En los lineamientos editoriales compartimos algunos textos para consulta. Consúltalos es esta liga: <https://docs.google.com/document/d/1wxeor66ca86itM4lL5wuHGxDFT8Akm8x/edit?usp=sharing&oid=103688953729984735642&rtpof=true&sd=true>

7. Utilizar una narración en tercera persona del singular y una redacción clara, explicativa y sin tecnicismos.
8. Incorporar a pie de página solo notas aclaratorias de máximo seis renglones, indicándolas con números romanos en superíndice (I,II, III, IV).
9. En el caso de que el trabajo incluya datos estadísticos, se deben presentar desagregados desagregados, al menos por sexo. Se consideran cuadros a los tabulados de cifras; gráficas a la representación visual de datos y/o valores numéricos en forma de columnas, líneas, círculos, barras, áreas y dispersión, entre otras y, finalmente, como figuras a dibujos, flujogramas, calendarios, mapas o imágenes utilizadas como apoyo para la exposición de datos diversos. Los cuadros, gráficas y figuras se deben numerar en el orden que aparecen en el texto (se confirmará que exista una adecuada relación entre éste y la numeración). Incluir la fuente de información, siendo responsabilidad de la persona autora que ésta sea correcta. En el caso de cuadro y/o gráficas, deberán enviarse los datos de origen de las mismas en un archivo Excel.
10. Utilizar el método de citación Vancouver, con las referencias bibliográficas en números arábigos en superíndice. (1, 2, 3) En caso de que se requiera citar nuevamente alguna referencia, se deberá utilizar el mismo número que se le asignó la primera vez en el documento.

Para consultar la guía de citación Vancouver se sugiere acudir a la siguiente página web: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf>

En los lineamientos editoriales compartimos algunos ejemplos sobre referencias. Consúltalos es esta liga: <https://docs.google.com/document/d/1wxeor66ca86itM4IL5wuHGxDFT8Akm8x/edit?usp=sharing&oid=103688953729984735642&rtpof=true&sd=true>

11. Enviar el texto en archivo electrónico en formato Word e incluir como anexo una breve semblanza curricular de quien o quienes ostenten la autoría con sus datos personales de localización, indicando si autoriza o no la inclusión de su correo electrónico para que sea publicado.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

gob.mx/salud/cnegsr



"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa"