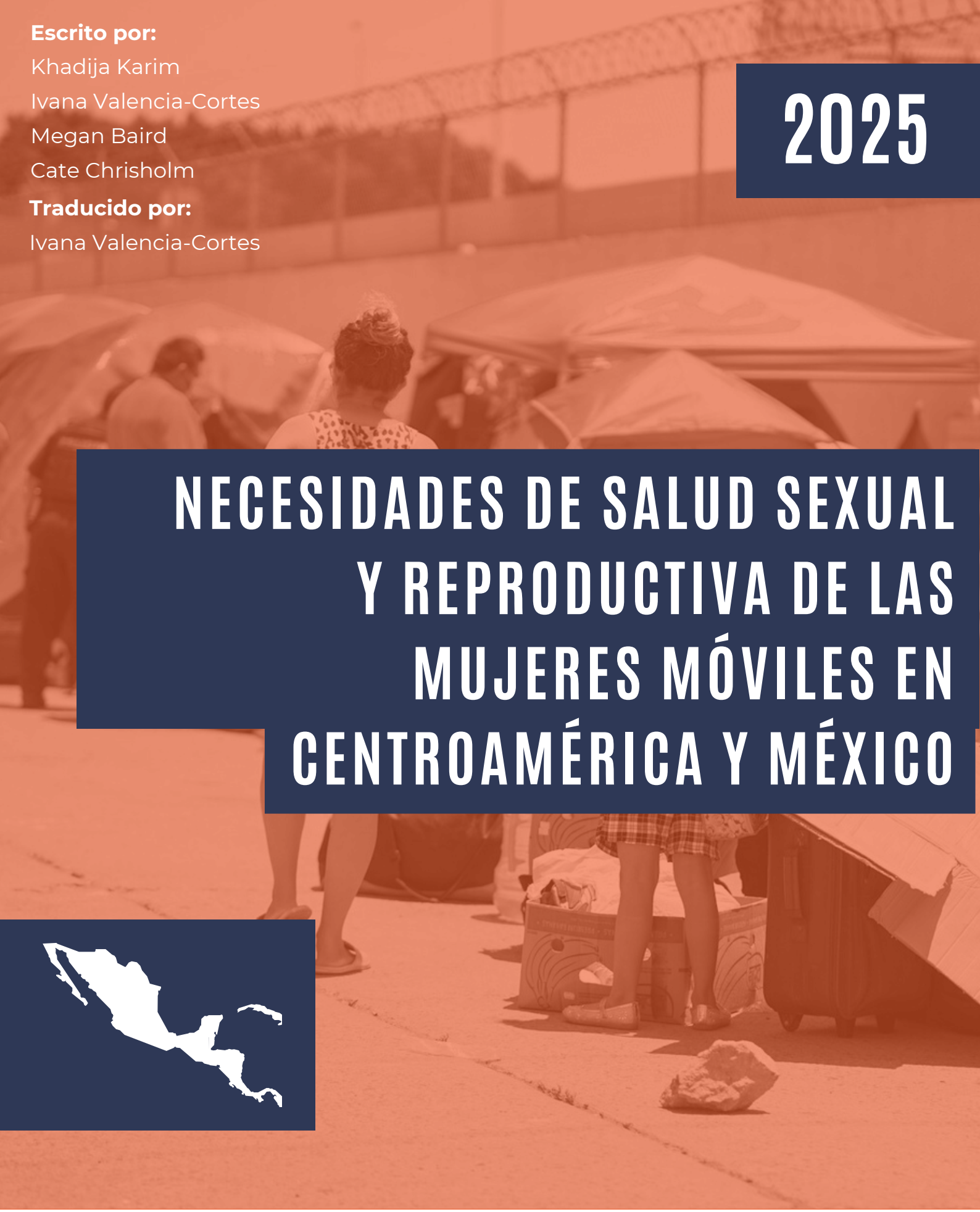
Escrito por:
Khadija Karim
Ivana Valencia-Cortes
Megan Baird
Cate Chrisholm
Traducido por:
Ivana Valencia-Cortes

2025

NECESIDADES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES MÓVILES EN CENTROAMÉRICA Y MÉXICO



LSE Department of International Development

Ipas LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría agradecerle a Biani Saavedra Avendaño de IPAS LAC por su constante orientación durante todo el proceso de redacción de este informe. No habría sido posible sin su apoyo y colaboración. También queremos agradecer a nuestra mentora de la universidad London School of Economics and Political Science (LSE), la profesora Ernestina Coast, por su apoyo y mentoría a lo largo del proyecto de consultoría.

Descargo de responsabilidad: Las opiniones y puntos de vista expresados en este informe son responsabilidad exclusiva de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones o posturas de Ipas LAC o de la LSE.

7,979 Palabras

Tabla de Contenido

Acrónimos 04

Términos clave 05

Resumen Ejecutivo 06

1.0 Introducción 09

1.1 Objetivos 11

2.0 Metodología 13

2.1 Metodología de revisión sistemática exploratoria 13

2.2 Metodología de análisis de datos 15

2.3 Limitaciones 16

3.0 Revisión sistemática exploratoria 17

3.1 Panorama general 17

3.2 Violencia Sexual 19

3.3 Embarazo 22

3.4 ITS VIH/SIDA 23

3.5 Anticoncepción 24

3.6 Otras Necesidades de SSR 24

3.7 Barreras para SSR 25

4.0 Análisis de datos 27

4.1 Características sociodemográficas 27

4.2 Condiciones y desafíos 30

5.0 Discusión 36

6.0 Estrategias 38

7.0 Conclusión 41

Apéndices 42

Apéndice A: Términos de referencia 42

Apéndice B: Protocolo PRISMA 43

Apéndice C: Términos de búsqueda 45

Apéndice D: Búsqueda en bases de datos 46

Apéndice E: Diagrama de flujo de cribado PRISMA 47

Apéndice F: Tablas de la revisión de literatura 48

Apéndice G: Tablas descriptivas 54

Apéndice H: Ética 61

Referencias 62

Acrónimos

APN: Atención prenatal

TS: Trabajadora sexual

VBG: Violencia basada en género

VIH/SIDA: Virus de inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

FICR: Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

OIG: Organización intergubernamental

OIM: Organización Internacional para las Migraciones

DIU: Dispositivo intrauterino

LATAM:Latinoamérica

LAC: Latinoamérica y Caribe

ARLD: Anticoncepción reversible de larga duración

MSF: Médicos Sin Fronteras

ONG: Organización no gubernamental

ITS: Infección de transmisión sexual

SSR: Salud sexual y reproductiva

DSSR: Derechos de la salud sexual y reproductiva

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

ACNUR: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

EE.UU.: Estados Unidos

OMS: Organización Mundial de la Salud

Términos clave

Coyote: facilitador migratorio que cobra una tarifa por ayudar a migrantes a cruzar rutas migratorias en Centroamérica hacia Estados Unidos (Ángulo-Pasel, 2019)

Violencia basada en género (VBG): violencia que causa daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico con base en el género. Esto incluye amenazas, coerción o privación de la libertad, y puede ocurrir en la vida pública o privada (Naciones Unidas, 1993).

Violencia sexual: acto sexual no consentido, intentado o amenazado. Incluye violación, abuso y acoso sexual, explotación y prostitución forzada. Además, cualquier actividad sexual con un menor se considera violencia sexual (ACNUR, s.f.).

Trabajo sexual: abarca una amplia gama de actividades que implican el intercambio de dinero (o su equivalente) por la prestación de un servicio sexual. Es el término preferido en la literatura, ya que busca eliminar las connotaciones peyorativas y sexistas comúnmente asociadas con el término “prostituta” (Asociación Médica Británica, 2021).

Resumen Ejecutivo

Introducción

La migración a través de Centroamérica y México constituye una problemática humanitaria cada vez más urgente, con más de 500,000 migrantes provenientes de El Salvador, Honduras y Guatemala llegando a la frontera entre México y Estados Unidos tan solo en 2022. Las personas migrantes enfrentan condiciones precarias, incluyendo violencia, enfermedades y falta de acceso a servicios esenciales de salud. Las mujeres representan una proporción creciente de este flujo migratorio y enfrentan desafíos particulares, especialmente en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva (SSR). La violencia basada en género (VBG), la violencia sexual y la falta de acceso a servicios anticonceptivos y de salud materna agravan los riesgos que enfrentan las mujeres en tránsito.

Objectivos

Este informe tiene como objetivos: (1) evaluar la literatura existente sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres en situación de movilidad en Centroamérica y México, y (2) analizar e interpretar los resultados del Estudio Diagnóstico Regional sobre las Condiciones de Salud de las Personas Migrantes Centroamericanas en Ruta hacia México y Estados Unidos para (2a) comprender las características sociodemográficas y las razones de migración de las mujeres participantes del estudio, y (2b) describir las condiciones y desafíos que enfrentan durante la migración, específicamente en lo relacionado con la salud sexual y reproductiva y la violencia. Finalmente, el informe desarrolla estrategias para abordar las necesidades de SSR de las mujeres móviles en Centroamérica y México.

Metodología

Se empleó un enfoque dual para alcanzar los objetivos: una revisión sistemática exploratoria y un análisis de datos. La revisión exploratoria siguió el protocolo PRISMA-ScR, identificando finalmente 29 estudios relevantes provenientes de bases de datos y fuentes de literatura gris. La revisión se centró en violencia sexual, embarazo, ITS y VIH/SIDA, anticoncepción y barreras para el acceso a la atención.

El análisis de datos utilizó un conjunto de datos del Estudio Diagnóstico Regional sobre las Condiciones de Salud de las Personas Migrantes Centroamericanas en Ruta hacia México y Estados Unidos. La muestra incluyó a 1,500 mujeres encuestadas. El análisis estadístico, realizado mediante el software R, examinó características sociodemográficas, motivos de migración y desafíos relacionados con la SSR, con especial atención al uso de anticonceptivos, el embarazo y las experiencias de violencia.

Resultados

Revisión Sistemática Exploratoria

Los hallazgos indican que las mujeres en situación de movilidad enfrentan vulnerabilidades extremas, especialmente en relación con la violencia sexual, la anticoncepción y el embarazo. Las zonas de mayor riesgo de violencia incluyen rutas migratorias como La Bestia, regiones selváticas controladas por grupos criminales y cruces fronterizos donde la coerción sexual es común. El sexo transaccional y de supervivencia es frecuente, exacerbado por la privación económica.

En cuanto a la SSR, las mujeres móviles suelen recurrir a métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (ARLD) debido al acceso limitado a servicios de salud. El uso de condones es menos frecuente, lo que incrementa la vulnerabilidad frente a ITS y al VIH/SIDA. Las complicaciones relacionadas con el embarazo son comunes, y algunas mujeres recurren a métodos peligrosos para interrumpir sus embarazos ante la falta de acceso a servicios seguros de aborto.

Las barreras para acceder a servicios de SSR incluyen la inaccesibilidad geográfica, la falta de conocimiento sobre las opciones de atención médica disponibles y el miedo a la deportación. Las políticas antiinmigrantes contribuyen a una inaccesibilidad psicosocial que disuade a las mujeres de buscar asistencia médica.

Análisis de Datos

El conjunto de datos reveló que la mayoría de las encuestadas (64.34%) migraron por razones económicas, así como por huir de situaciones de violencia (43.44%). Estados Unidos y México fueron los principales países de destino, representando el 48.33% y el 39.67% de la población, respectivamente.

El uso de anticonceptivos entre mujeres migrantes fue alto (58.42%), con una preferencia por los ARLD. Un total de 3.44% de las encuestadas estaban embarazadas, de las cuales el 75.55% había recibido al menos una visita de atención prenatal. El 8.89% de las mujeres embarazadas expresaron el deseo de interrumpir su embarazo; sin embargo, esta cifra probablemente esté subestimada debido al estigma sociocultural y las barreras legales.

La violencia fue una preocupación prevalente ya que el 26.5% de las encuestadas reportó haber experimentado algún tipo de violencia. La violencia sexual afectó al 8.06% de las participantes, aunque es probable que esta cifra sea mayor debido al subregistro. El análisis de regresión logística y de razón de probabilidades encontró que las mujeres que viajaban acompañadas y aquellas con necesidades económicas o de salud tenían una probabilidad significativamente mayor de experimentar violencia.

Recomendaciones

Debería establecerse un sistema dedicado a la recolección de datos sobre SSR con el fin de mejorar la precisión y confiabilidad de la información disponible. Este sistema debe ser específico para la SSR, con datos desagregados por sexo, estandarizado, integral, de amplio alcance y cuantitativo.

Para lograr una respuesta regional coordinada a las necesidades de SSR de las mujeres en situación de movilidad, se recomienda la creación de una agencia Centroamericana y Mexicana que lidere los esfuerzos de colaboración. Esta agencia debe garantizar la cooperación intersectorial, transnacional e interinstitucional.

Por último, se deben abordar las barreras al acceso a la atención de salud mediante la difusión de información, como la distribución de materiales educativos sobre DSSR de manera presencial y en línea, en espacios donde se ofrezcan recursos y se puedan reportar casos de violencia sexual. Asimismo, el personal de salud debe recibir capacitación para ofrecer atención centrada en la persona, culturalmente competente e informada sobre el trauma. Los recursos de SSR deben estar siempre disponibles, incluyendo ARLD, pruebas de ITS y pruebas de embarazo.

1.0 Introducción

Contexto

La migración es un tema sumamente urgente en el discurso global actual, particularmente en las Américas. A través de Centroamérica y México fluye una corriente migratoria con dirección norte, compuesta por personas migrantes que buscan llegar a México y a los EE. UU. (véase la Figura 1). En 2022, más de 500,000 migrantes provenientes de solo tres países (El Salvador, Honduras y Guatemala) alcanzaron la frontera entre México y EE. UU. (McAuliffe y Oucho 2024).

Figura 1. Flujos migratorios en Centroamérica y México

(Conant and Chwastyk 2015)

Las personas migrantes cruzan el territorio a pie, en autobús, tren o en aventones, cambiando de rutas para evadir a las autoridades y a las pandillas. Las rutas establecidas atraviesan puntos clave, donde residen importantes poblaciones migrantes a lo largo de la frontera México–EE. UU., enfrentando riesgos de deportación y explotación. Algunas personas viajan solas, pero quienes cuentan con recursos económicos contratan a coyotes para que las guíen (Frank-Vitale 2023). Recientemente, se han formado caravanas migrantes compuestas por cientos de personas, que van creciendo conforme avanzan hacia el norte, brindando una protección limitada debido al tamaño del grupo frente a tratantes de personas y cuerpos policiales (Amnesty International 2018).

Los principales factores que impulsan esta migración incluyen la inestabilidad política, la violencia, la pobreza y el cambio climático (UNHCR n.d.). A medida que estos factores se intensifican, el número de personas migrantes sigue aumentando de manera sostenida. En la frontera entre Panamá y Colombia, más de 500,000 personas cruzaron el Tapón del Darién en 2023, un aumento significativo respecto a las 248,000 en 2022 (PAHO 2023). Ante el creciente endurecimiento de las políticas migratorias y la hostilidad política hacia las personas migrantes, este viaje se ha vuelto cada vez más peligroso.

La migración implica un costo considerable para la salud. Las necesidades básicas, como el refugio, la alimentación y el acceso al agua, a menudo no se satisfacen, y las enfermedades infecciosas se proliferan en las rutas de transporte. El acceso inestable a los servicios de salud y su escasa disponibilidad impiden abordar estas condiciones, lo que agrava el deterioro de la salud.

Propósito

Las mujeres representan una proporción creciente de la población migrante en Centroamérica y México, constituyendo la mitad del total (de Pablo y Aragón 2024). Ellas enfrentan desafíos particulares durante la migración, especialmente en relación con la violencia sexual y la trata con fines de explotación sexual, y se estima que el 20% de las mujeres reportan haber sufrido VBG en el Tapón del Darién (Kerf et al. 2023). Aunque existe cierta conciencia sobre la vulnerabilidad de género en contextos migratorios, esta continua siendo un área poco investigada. Además, la SSR de las mujeres migrantes sigue siendo desatendida, a pesar de su urgencia crítica. Los corredores migratorios son entornos con recursos limitados, donde el acceso y la cobertura en atención SSR son insuficientes, lo que agrava el deterioro de la salud. Existe una necesidad evidente de investigar más a fondo las necesidades de SSR de las mujeres migrantes en Centroamérica y México.

1.1 Objectivos

Evaluar la literatura actual sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres en situación de movilidad en Centroamérica y México.

Analizar e **interpretar** los resultados del **Estudio Diagnóstico Regional sobre las Condiciones de Salud de las Personas Migrantes Centroamericanas en Ruta hacia México y Estados Unidos** para:
(1) Comprender las características sociodemográficas y los motivos de migración de las participantes del estudio.
(2) Describir las condiciones y desafíos que enfrentan durante la migración, en particular en lo relacionado con la salud sexual y reproductiva y la violencia.

Desarrollar estrategias para abordar las necesidades de SSR de las mujeres móviles en Centroamérica y México.

Ubicación

Este informe analiza la migración en Centroamérica y México, considerando como parte de Centroamérica a Guatemala, Belice, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá.

Población

El informe se enfoca en las mujeres, limitándose a aquellas que se identifican como cisgénero. Si bien las personas pertenecientes a la comunidad LGBTQI+ también enfrentan riesgos adicionales, abordarlos con el debido rigor metodológico excede el alcance de este informe.
La población se restringe a mujeres en edad reproductiva, dado que las necesidades de SSR de mujeres y niñas fuera de este rango etario difieren significativamente. Las personas migrantes tienden a ser más jóvenes, ya que cuentan con la capacidad física para completar el viaje; casi la mitad tiene entre 26 y 35 años (International Organization for Migration Latina America and the Caribbean n.d.). La edad reproductiva se define como entre los 15 y los 49 años (OMS s.f.), en línea con las definiciones comúnmente aceptadas del término.

El término ‘mujeres en situación de movilidad’ y ‘mujeres móviles’ se refiere a todas aquellas mujeres en tránsito, incluyendo refugiadas, solicitantes de asilo y migrantes. El rasgo definitorio es que se encuentran en proceso de migración hacia el norte en el momento del estudio. Dado que el contexto de la migración interna es distinto al de la migración internacional, este informe solo considera a mujeres que han cruzado fronteras internacionales. La única excepción a este criterio es la inclusión de mujeres migrantes en México, ya que aquellas que planean llegar a EE. UU. aún no han cruzado una frontera internacional. El factor decisivo es la intención de migrar hacia EE. UU.; muchas residen en ciudades mexicanas cercanas a la frontera, por lo que se las categoriza como en tránsito.

2.0 Metodología

2.1 Revisión Sistemática Exploratoria

Realizamos una revisión sistemática exploratoria para responder a la pregunta: ¿Cuáles son las necesidades de SSR de las mujeres en situación de movilidad en Centroamérica y México? Una revisión exploratoria es un método sistemático que permite contextualizar un tema y mapear la literatura existente. Para ello, elegimos el protocolo de la extensión para revisiones exploratorias del sistema PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) (Tricco et al. 2018). Los casos en que nos hemos desviado de este protocolo, se detallan en el Apéndice B.

Las estrategias de búsqueda se derivaron del marco Población-Concepto-Contexto (PCC), tal como lo describe el Instituto Joanna Briggs (Peters et al. 2017). La aplicación de este marco a nuestra pregunta de investigación se presenta en la Tabla 1. A partir de allí, se generaron variaciones de estos términos para construir una estrategia de búsqueda (Apéndice C). Mediante el uso de operadores booleanos, la estrategia se adaptó a los requisitos de cada base de datos, un ejemplo de lo cual se muestra en el Apéndice D. Las bases de datos utilizadas fueron Ovid Medline, Ovid Global Health, SCOPUS y Global Medicus Index. Para la literatura gris, se revisaron los sitios web de ONG y OIG que operan en Centroamérica y México, incluyendo Ipas LAC, la OMS, el UNFPA y el ACNUR.

Tabla 1: Marco PCC

Población	**Mujeres de entre 15 y 49 años**
Concepto	**Salud Sexual y Reproductiva**
Contexto	**Situación de movilidad**
	Centroamérica y México

Para el proceso de selección, los artículos fueron cargados en el software Rayyan (Ouzzani et al. 2016), y la revisión fue realizada por tres integrantes del equipo. La primera fase consistió en la evaluación de títulos y resúmenes, utilizando los criterios de inclusión y exclusión detallados en la Tabla 2. Los conflictos fueron resueltos mediante discusión y acuerdo unánime entre los tres miembros. La segunda fase consistió en la evaluación de los textos completos. Los conflictos en esta etapa fueron resueltos por el cuarto miembro del equipo. Los artículos en español fueron traducidos mediante Google Translate (2024). Se incluyeron artículos en español con el propósito de promover la justicia epistémica, ya que muchas contribuciones importantes sobre este tema están redactadas en dicho idioma. Un diagrama de flujo del proceso de selección se encuentra disponible en el Apéndice E.

Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión para la selección de literatura

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
La población incluye mujeres de entre 15 y 49 años	**La población no incluye mujeres, o está fuera del rango de 15 a 49 años**
Incluye una proporción sustancial de contenido sobre SSR	**No aborda la SSR- contiene menos de un párrafo**
Migración activa – mención explícita de estar en tránsito o de la intención de llegar a un país de destino	**Publicación o conjunto de datos anterior a 2010**
Conjunto de datos recopilado entre 2010 y el presente (se incluye si la mayoría del estudio se realizó después de 2009)	**Trata con fines de explotación sexual**
Al menos un país de Centroamérica o México está incluido en el estudio	
Idioma inglés o español	

Se incluyeron 29 artículos en nuestra revisión sistemática exploratoria, los cuales fueron descargados en el gestor de referencias Zotero (Corporation for Digital Scholarship 2024) para la extracción de datos. Tres integrantes del equipo leyeron los artículos y extrajeron las características previamente acordadas para elaborar una tabla resumen de las fuentes: véase el Apéndice F. Los artículos en español se utilizaron en su formato original, y la extracción de datos fue realizada por la integrante del grupo cuya lengua materna es el español.

2.2 Metodología de Análisis de Datos

Los datos utilizados en este estudio provienen del Estudio Diagnóstico Regional sobre las Condiciones de Salud de las Personas Migrantes Centroamericanas en Ruta hacia México y Estados Unidos, difundido por Pasmo, el Instituto Nacional de Salud Pública de México, el Instituto Conmemorativo GORGAS de Estudios de la Salud y CISIDAT. El estudio abordó el contexto sociodemográfico, el estatus migratorio, la experiencia migratoria y las necesidades generales de salud. Las personas participantes eran migrantes internacionales o internos de habla hispana que habían iniciado su viaje hacía menos de un año. Fueron entrevistadas en albergues y casas de migrantes a lo largo de la ruta migratoria. Los datos fueron recibidos por parte de Ipas LAC, ya depurados. Se creó un subconjunto que incluyó únicamente a las personas que indicaron haber sido asignadas como mujeres al nacer. Nuestra muestra consistió en 1,500 participantes, lo que representa el 38.6% del total de personas encuestadas (N=3884). En colaboración con Ipas LAC, elaboramos una revisión de la literatura y realizamos análisis estadísticos descriptivos e inferenciales, enfocados en tres objetivos definidos a partir de nuestras preguntas de investigación:

1. **Comprender las características sociodemográficas y los motivos de migración de las participantes del estudio.**
2. **Describir las condiciones y desafíos que enfrentan durante la migración, específiamente en relación con:**
3. **Las condiciones de salud sexual y reproductiva;**
4. **La violencia.**

Ipas LAC identificó tres áreas de interés prioritarias: necesidades anticonceptivas, embarazos no deseados y violencia sexual. Las necesidades anticonceptivas fueron conceptualizadas en función del uso de métodos anticonceptivos. Los embarazos no deseados se midieron a través del indicador de considerar la interrupción del embarazo. Además, se analizaron otros factores relacionados con el embarazo, como tasas de embarazo, acceso a controles médicos durante el embarazo y problemas de salud asociados. La violencia sexual se analizó dentro del contexto más amplio de la violencia general, comparando las tasas de violencia sexual con otras formas de violencia.

Nuestro análisis estadístico se centró inicialmente en comprender la población mediante la elaboración de tablas descriptivas (Apéndice G) y gráficos que permitieran visualizar las experiencias de las personas participantes durante su proceso migratorio. Las tablas muestran las características sociodemográficas más relevantes de la población encuestada, tal como se presenta en la Sección 4.0.

Analizamos los datos mediante el software de computación estadística R (v4.4.2, R Core Team 2024) y utilizamos Excel para la creación de tablas. También elaboramos diagramas de Sankey para comprender las relaciones dentro de los datos (Figuras 2 y 3). Se emplearon modelos de regresión logística transformados en razones de probabilidades (odds ratios) para analizar la relación entre las características de las personas migrantes y sus experiencias de violencia.

2.3 Limitaciones

La evaluación de las necesidades de SSR de nuestra población estuvo limitada por la estructura de la encuesta. Las preguntas de la encuesta no profundizaban específicamente en temas de SSR, ya que su objetivo era abordar de forma general las necesidades de salud. Por esta razón, no se contaba con un número suficiente de preguntas específicas sobre SSR para proporcionar el nivel de detalle necesario sobre el uso de anticonceptivos, embarazos no deseados y violencia sexual.
Asimismo, la encuesta no incluía preguntas específicas sobre el trabajo sexual, por lo que no fue posible determinar su prevalencia dentro de nuestra población, a pesar de que la literatura identifica una alta vulnerabilidad en esta población.
En segundo lugar, los resultados revelaron tamaños de muestra reducidos en algunos de los subgrupos de interés, como mujeres embarazadas. Debido a estas muestras pequeñas, no fue posible realizar análisis estadísticos de regresión en dichos subgrupos.

3.0 Hallazgos de la Revisión Sistemática Exploratoria

3.1 Panorama General

Tabla 3: Desglose de la Literatura por Tema y Ubicación

SRH Topic	*Geographic Location*										
	Mexico	Guatemala	Belize	El Salvador	Honduras	Nicaragua	Costa Rica	Panama	United States *	Regional **	Total
Sexual or gender-based violence	9	2		2	1				1	4	19
HIV/AIDS	2	3						2	1	2	10
STIs	2							2		2	6
Pregnancy	2							3		1	6
Sex work	1	2								1	4
Contraception								2		1	3
Abortion										1	1
Other***		1						2			3
Total	16	8	0	2	1	0	0	11	2	12	

** Cuando parte del estudio se basa en EE. UU.
** LAC; Norteamérica; Centroamérica (incluyendo más de tres países)
*** Incluye trastornos ginecológicos y salud menstrual

La mayoría de la literatura se enfoca en la violencia sexual y/o la VBG, seguida por el VIH/SIDA. Las ITS y el embarazo están representados de manera similar, al igual que el trabajo sexual y la anticoncepción. El aborto recibe poca atención, particularmente en los artículos académicos, a pesar de la mayor vulnerabilidad al embarazo no deseado como resultado de la violencia sexual, tal como se evidencia en la literatura.

Figura 2. Distribución de la Literatura Sobre SSR en Centroamérica y México

Imagen adaptada de Intrepid DMC (n.d.)

La literatura centrada en México domina la revisión, seguida por Guatemala y Panamá (véanse la Tabla 3 y la Figura 2), aunque Panamá solo cuenta con dos artículos que abordan una amplia variedad de temas relacionados con la SSR. Belice, Nicaragua y Costa Rica no presentan artículos, mientras que El Salvador y Honduras cuentan con algunos pocos entre ambos. Esto sugiere que la mayoría de los datos están concentrados en la parte norte del corredor migratorio, y que hay una presencia limitada de datos en el extremo sur, en Panamá. Existen vacíos significativos de información en la sección intermedia de la ruta migratoria. Los datos están principalmente concentrados en las zonas fronterizas, particularmente en la frontera México–Guatemala y la frontera México–Estados Unidos. Ejemplos de ubicaciones incluyen Chiapas (México), Ciudad Juárez (México), Tijuana (México) y Quetzaltenango (Guatemala). En Panamá, los datos provienen del Tapón del Darién. Otros puntos clave se encuentran a lo largo de las rutas migratorias, como las líneas de ferrocarril.

Existe una fuerte inclinación hacia los estudios cualitativos, con 18 estudios cualitativos y cinco estudios adicionales con métodos mixtos (véase el Apéndice F). 21 estudios estaban en inglés, mientras que ocho estaban en español. Las poblaciones y contextos clave estudiados incluyen trabajadoras sexuales, albergues para migrantes y centros de recepción de migrantes (Panamá).

3.2 Violencia Sexual

Entre 2010 y 2020, la migración desde Centroamérica hacia el norte aumentó de aproximadamente 1.8 millones a 2.5 millones de personas (Coppens 2024). El proceso migratorio expone a las personas migrantes a numerosos peligros. Las mujeres son particularmente vulnerables a la violencia, especialmente la violencia sexual ya que experimentan una tasa de violencia sexual 4.5 veces mayor que los hombres migrantes (Leyva-Flores et al. 2019). En la literatura revisada surgieron varios temas recurrentes sobre la violencia sexual contra mujeres en situación de movilidad. Estos temas, organizados de mayor a menor prevalencia en la literatura, son los siguientes: el lugar donde ocurren las experiencias de violencia sexual, el sexo transaccional y de supervivencia, y la relación entre las políticas migratorias y la experiencia de violencia.

Lugares de Alto Riesgo

La Bestia es una red de trenes que recorre México, comenzando en Tapachula, Chiapas, y Tenosique, Tabasco. Las personas migrantes deben hacer múltiples trasbordos en estos trenes, y las mujeres en situación de movilidad experimentan con mayor frecuencia violencia sexual en esta parte del trayecto (Soria-Escalante et al. 2021c). Subirse y mantenerse en el tren es altamente peligroso; muchas mujeres son violadas, y aquellas que se resisten son arrojadas del tren. Organizaciones criminales suelen detener los trenes, y cuando esto sucede, las mujeres enfrentan el mayor riesgo de violencia sexual, incluyendo violaciones colectivas (Brigden 2017).
En los campamentos de personas migrantes, las mujeres enfrentan altos niveles de estrés, ansiedad y miedo debido a las amenazas a su seguridad, que incluyen violencia sexual, secuestros y agresiones. Esto ocurre con mayor frecuencia en zonas con alta concentración de migrantes y escasa disponibilidad de recursos (Laughon et al. 2022). Durante la migración activa, que a menudo incluye atravesar la selva, las mujeres experimentan violencia sexual por parte de coyotes o incluso de otras personas que viajan en su grupo (Letona, Felker-Kantor y Wheeler 2023).
En las ciudades de tránsito, las mujeres carecen de acceso a alojamiento temporal seguro, por lo que muchas recurren a quedarse con desconocidos. Informan que estas situaciones a menudo resultan en la realización forzada de actos sexuales, sexo transaccional o violación (Palacios, De La Rubia y Rubio 2019). Por último, las mujeres en tránsito son particularmente vulnerables a la violencia sexual en los cruces fronterizos, donde los coyotes y agentes fronterizos les exigen sexo a cambio de permitirles continuar el viaje. En estos lugares, también están en mayor riesgo de ser devueltas, capturadas o deportadas, lo que incrementa aún más la posibilidad de sufrir violencia, en especial violencia sexual (Angulo-Pasel 2019).

Sexo Transaccional y de Supervivencia

Debido a las desigualdades de género en la distribución de ingresos, las mujeres en situación de movilidad tienen un mayor riesgo de experimentar violencia, especialmente violencia sexual (Cabieses et al. 2023). En la literatura se distingue entre sexo de supervivencia y sexo transaccional. El sexo transaccional es muy común entre mujeres móviles. En un estudio con mujeres encuestadas, el 48.76% reportó haber experimentado violación y sexo transaccional (Infante et al. 2019). Las mujeres recurren al sexo transaccional para cubrir sus necesidades básicas durante el trayecto migratorio. El sexo de supervivencia, en cambio, se realiza con el fin de obtener protección. Las mujeres participan en sexo de supervivencia cuando se encuentran en situaciones de peligro; algunas describen que tienen relaciones sexuales para evitar ser violadas (Palacios, De La Rubia y Rubio 2019).

Leyes y Políticas

Las mujeres en situación de movilidad sufren violencia perpetuada por diversos grupos, que incluyen pandillas, cárteles, coyotes, hombres migrantes, agentes de policía y otros funcionarios (Leyva-Flores et al. 2019). Muchas mujeres interiorizan y justifican las experiencias de violencia, especialmente la violencia sexual, ya que la creencia de merecer la violencia que experimentan debido a su estatus migratorio irregular es altamente prevalente (Soria-Escalante et al. 2021c). Por su condición migratoria, a menudo estas mujeres no están protegidas por las leyes y políticas de los países por los que transitan o en los que residen temporalmente (Coppens 2024). Esto las hace especialmente vulnerables ante la violencia, debido a que los agresores con frecuencia son policías o funcionarios fronterizos (Infante et al. 2019). Las políticas excluyentes y antiinmigrantes impiden que las mujeres denuncien la violencia de forma segura, por temor a represalias o deportación (Letona, Felker-Kantor y Wheeler 2023). Además, las migrantes deben tomar rutas clandestinas para evitar ser deportadas, lo que significa que muchas se encuentran a más de 10 kilómetros de cualquier lugar donde puedan recibir atención o apoyo en caso de sufrir violencia. Este aislamiento se ve agravado por políticas que impiden a las personas migrantes acceder a servicios de salud sin una identificación válida (Kerf et al. 2024). La violencia sexual y otras formas de violencia que enfrentan las mujeres móviles ocurren en un contexto de impunidad legal para los perpetradores (Infante et al. 2019), lo que crea una dinámica en la que las mujeres móviles son atrapadas por la violencia que sufren sin salida posible, perpetuando el ciclo.

Trabajo Sexual

El trabajo sexual en el contexto de la migración suele ser consecuencia de la violencia o una respuesta directa a la imposibilidad de satisfacer necesidades básicas, como la vivienda y la alimentación (Palacios, De La Rubia y Rubio 2019). Aunque no todas las trabajadoras sexuales se ven forzadas a ejercer el trabajo sexual como resultado de la migración, las mujeres en situación de movilidad tienen un mayor riesgo de ser víctimas del trabajo sexual forzado o coaccionado, y también de ser víctimas de trata sexual, como resultado de la victimización, violencia sexual y otras formas de violencia, incluido el secuestro (Palacios, De La Rubia y Rubio 2019). Las adolescentes, por su parte, a menudo migran solas con el objetivo de reunirse con familiares que ya han migrado, o como decisión propia, lo que aumenta su vulnerabilidad a la violencia y al inicio temprano en el trabajo sexual (Letona, Felker-Kantor y Wheeler 2023). Por ello, el inicio del trabajo sexual en la adolescencia es lamentablemente común; una de cada cinco trabajadoras sexuales comenzó antes de los 18 años (Boyce et al. 2020). En el contexto migratorio, las trabajadoras sexuales en situación de movilidad practican la migración circular cruzando fronteras para aumentar sus ingresos. Esta modalidad les ofrece anonimato y les permite evitar el juicio de sus familias, iglesias o comunidades, lo que les facilita trabajar sin el temor de ser expuestas (Rocha-Jiménez et al. 2016b). Sin embargo, las trabajadoras sexuales móviles enfrentan tasas más altas de violencia y con frecuencia tienen un menor uso de preservativos. Aunque reportan entender la importancia de la protección y las pruebas médicas, temen que un diagnóstico positivo de ITS conduzca a la deportación. Además, cabe destacar que las políticas migratorias excluyentes aumentan el riesgo de violencia sexual y otras formas de violencia para las mujeres en situaciones de mobilidad que también son trabajadoras sexuales (Garbett et al. 2022). La ilegalidad del trabajo sexual complica aún más el ejercicio de los DSSR de las mujeres en situaciones de mobilidad (Angulo-Pasel 2019), profundizando su marginación y aumentando el riesgo de sufrir violencia.

3.3 Embarazo

La literatura sobre el embarazo en mujeres en situación de movilidad es limitada. Sin embargo, se estima que entre el 5% y el 15% de las mujeres migrantes viajan embarazadas (Panama National Migration Service 2024), y entre el 10% y el 17% viajan en periodo de lactancia (Coppens 2024). También se han documentado preocupaciones en torno a la mortalidad materna e infantil (Erausquin et al. 2022b). Se ha reportado que las mujeres con síntomas de posible pérdida de embarazo no reciben atención médica a menos de que presenten sangrado, ya que no se considera una urgencia; en algunos grupos migratorios, hasta el 20% de las mujeres están embarazadas, y con frecuencia estos embarazos son no planificados (Erausquin et al. 2022). Para las mujeres embarazadas, la violencia es una de las principales preocupaciones. Migrantes han reportado que muchas mujeres en situaciones de mobilidad embarazadas cruzan a pie el Tapón del Darién en grandes cantidades (Panchenko et al. 2023) y que sufren abortos espontáneos a causa de la violencia (Letona, Felker-Kantor y Wheeler 2023).

Las mujeres embarazadas en situación de movilidad suelen tener sentimientos encontrados respecto a su embarazo durante el trayecto migratorio; mientras algunas expresaron alegría, muchas señalaron que el embarazo fue producto de violencia sexual. Además, el embarazo puede impedir que las mujeres mantengan el ritmo del grupo migrante, lo que dificulta que formen parte de una comunidad y aumenta su vulnerabilidad a la violencia (Leyva-Flores et al. 2023).

El aborto también es un tema crucial, ya que muchas mujeres quedan embarazadas sin desearlo. Ante la falta de acceso a servicios de aborto seguro, se ha reportado que algunas mujeres embarazadas “se lanzan por colinas, golpean sus vientres, beben alcohol o se autolesionan” con el fin de provocar un aborto espontáneo (Letona, Felker-Kantor y Wheeler 2023, p.5). La falta de acceso al aborto seguro, que resulta en embarazos forzados, aumenta la participación en sexo transaccional, ya que factores como la extensión del trayecto migratorio obligan a las mujeres a buscar recursos económicos de otras formas. Además, las vulnerabilidades físicas relacionadas con el embarazo, como los pies hinchados, reducen la velocidad de avance, lo que prolonga la exposición de las mujeres embarazadas a la violencia (Letona, Felker-Kantor y Wheeler 2023).

3.4 ITS y VIH/SIDA

Conducta Sexual

Las experiencias y conductas sexuales entre mujeres en situación de movilidad varían según los estudios revisados. Algunos estudios destacan la prevalencia de relaciones sexuales consensuadas con parejas regulares (Erausquin et al. 2022), mientras que otros hacen énfasis en el sexo transaccional con parejas ocasionales (Panchenko et al. 2023). La frecuencia de actividad sexual depende del periodo de tiempo estudiado. Por ejemplo, un 20.6% de las mujeres en movilidad tuvo relaciones sexuales "durante este viaje" (Leyva-Flores et al. 2019), en comparación con un 36.4% que reportó haber tenido relaciones sexuales en el último mes (Erausquin et al. 2022).

VIH/SIDA

La prevalencia del VIH/SIDA varía considerablemente entre los estudios. Un estudio encontró que el 3.2% de las mujeres evaluadas eran VIH positivas, lo que sugiere una alta prevalencia en la población migrante (Erausquin et al. 2022). En contraste, otro estudio concluyó que la tasa de VIH/SIDA no era más alta que en la población general, con solo un 0.47% de pruebas positivas (Leyva-Flores et al. 2016). Estas discrepancias pueden deberse a varios factores. Primero, la ubicación geográfica influye en la prevalencia, ya que la mayoría de los estudios se concentraron en México, Guatemala y Panamá (Boyce et al. 2020; Erausquin et al. 2022; Leyva et al. 2013; Leyva-Flores et al. 2016; Panchenko et al. 2023). Segundo, la subpoblación estudiada afecta los resultados. Por ejemplo, las trabajadoras sexuales enfrentan un mayor riesgo de VIH/SIDA, siendo las más jóvenes las más propensas a tener resultados positivos (Boyce et al. 2020). Finalmente, casi todos los artículos señalan el estigma que rodea al VIH/SIDA, junto con la percepción por parte de la población general de que las personas migrantes son portadoras del virus (Hernández Ávila 2013). En consecuencia, algunas mujeres pueden negarse a someterse a pruebas de detección o no reportar sus resultados, lo que distorsiona las cifras. Estas inconsistencias evidencian la necesidad de métodos de recolección de datos más sólidos y con muestras amplias.

ITS

En comparación con el VIH/SIDA, otras infecciones de transmisión sexual están poco representadas en la literatura. Las mujeres en situación de movilidad tienen tasas más altas de ITS que la población general. Por ejemplo, el 3.2% de las mujeres migrantes dio positivo en sífilis (Erausquin et al. 2022). El virus del herpes simple tipo 2 mostró tasas similares, con las mujeres migrantes siendo 3.2 veces más propensas a tener la infección (Sánchez-Alemán et al. 2023). La prevalencia de violencia sexual en el corredor migratorio aumenta considerablemente el riesgo de transmisión de ITS. En situaciones de sexo transaccional o de supervivencia, muchas veces las mujeres no pueden utilizar métodos de barrera para protegerse (Letona, Felker-Kantor y Wheeler 2023). Además, la falta de acceso a anticonceptivos incrementa aún más ese riesgo. Existe una necesidad urgente de investigación más profunda y específica sobre ITS, ampliando el enfoque para incluir un mayor número de infecciones.

3.5 Anticoncepción

En la literatura revisada surgieron patrones sobre el uso de anticonceptivos. En primer lugar, las mujeres en situación de movilidad prefieren métodos anticonceptivos de largo plazo frente a los de corto plazo. El uso del condón es bajo, con solo el 13.6% de las mujeres migrantes reportando haberlo usado durante su última relación sexual (Leyva-Flores et al. 2016). Los anticonceptivos orales también son poco populares debido a la impracticabilidad durante la migración; se mencionan factores como el estrés, la disponibilidad de agua potable y la pérdida de las pastillas como principales barreras para su uso (Letona, Felker-Kantor y Wheeler 2023). El método más popular fue el anticonceptivo inyectable de larga duración, mientras que no se reportó el uso de anticoncepción de emergencia por parte de mujeres migrantes (Letona, Felker-Kantor y Wheeler 2023).

Este fenómeno se relaciona con la normalización de la violencia sexual, lo que lleva al uso de anticonceptivos profilácticos (Angulo-Pasel 2019; Panchenko et al. 2023). Dado que la violencia sexual es omnipresente a lo largo de la ruta migratoria, muchas mujeres se preparan ante esta eventualidad normalizada utilizando ARLD como los DIU y los inyectables. La disponibilidad de anticonceptivos a lo largo de la ruta migratoria es limitada, lo que aumenta la necesidad de métodos duraderos. Por esta razón, el condón es menos preferido, además de que no resulta viable en casos de violación, sexo transaccional o sexo de supervivencia, ya que estas situaciones son espontáneas y violentas (Letona, Felker-Kantor y Wheeler 2023). Aunque el condón es el método más eficaz para prevenir ITS (WHO n.d.), su bajo uso incrementa el riesgo de transmisión. Las mujeres migrantes mostraron estar más preocupadas por los embarazos no deseados que por las ITS (Letona, Felker-Kantor y Wheeler 2023), lo que sugiere falta de conocimiento en la población y ansiedad frente a la violencia sexual.

3.6 Otras Necesidades de SSR

Las necesidades ginecológicas y reproductivas de las mujeres en situación de movilidad fueron ampliamente desatendidas en la literatura. La atención ginecológica apenas se menciona, con un estudio que destaca las dificultades para acceder a productos sanitarios e instalaciones de higiene durante la menstruación, lo que puede denominarse como "violencia menstrual" (Letona, Felker-Kantor y Wheeler 2023). Otras necesidades incluyen la alta prevalencia de infecciones del tracto reproductivo, con el 58.8% de las mujeres reportando al menos un síntoma de infección (Erausquin et al., 2022), particularmente infecciones urinarias (Panchenko et al., 2023). Es necesario contar con datos más completos y detallados para comprender en su totalidad la amplitud de las necesidades ginecológicas y reproductivas de esta población.

3.7 Barreras para la SSR

Baja disponibilidad de servicios: Las personas migrantes a menudo son excluidas del sistema de salud, lo que reduce la disponibilidad de servicios accesibles. La legislación varía entre los países de la región, algunos sólo permiten la atención médica de emergencia para migrantes y otros permiten la atención médica general para mujeres embarazadas y niñes (Coppens 2024). Por ejemplo, en México, el acceso de las personas migrantes a atención de emergencia y servicios de salud regulares, incluyendo la SSR, está protegido por ley. En contraste, en Costa Rica, este derecho está restringido solo a mujeres embarazadas y niñes (Coppens 2024).

Las ONG y organismos internacionales intentan llenar este vacío en la provisión de servicios de salud. En los centros de recepción de migrantes después del Tapón del Darién, la atención médica es proporcionada principalmente por organizaciones como MSF y la Cruz Roja Panameña (Panchenko et al. 2023). Más al norte en el corredor migratorio, organizaciones religiosas administran albergues que ofrecen atención médica básica además de cubrir necesidades esenciales (Infante et al. 2020; Leyva-Flores et al. 2019).

Inaccesibilidad geográfica: La disponibilidad desigual de servicios de salud para mujeres móviles crea una gran barrera geográfica. Si bien existen puntos de acceso después del Tapón del Darién y en zonas fronterizas de México y Guatemala, en los países intermedios hay poca evidencia de provisión de servicios. Dado que la atención rápida es crucial en casos de violencia sexual, esta inaccesibilidad geográfica representa una barrera significativa para la SSR de las mujeres migrantes. Por ejemplo, en el Tapón del Darién, solo el 37% de los 172 casos de violencia sexual reportados fueron atendidos dentro de las primeras 72 horas (Coppens 2024).

Inaccesibilidad cognitiva: Las mujeres en situación de movilidad frecuentemente carecen de información sobre servicios disponibles y sobre SSR en general. No cuentan con los recursos necesarios para gestionar su SSR ni buscar atención médica (Letona, Felker-Kantor y Wheeler 2023), especialmente en el caso de trabajadoras sexuales (Boyce et al. 2020). En contraste, las mujeres en albergues migratorios con acceso a actividades de promoción de la salud reportaron conocimiento sobre la transmisión del VIH/SIDA y pruebas previas realizadas (Leyva-Flores et al., 2016), lo cual evidencia disparidades en la accesibilidad cognitiva.

Inaccesibilidad psicosocial debido al estatus legal incierto: En primer lugar, la clasificación de las mujeres migrantes con términos como “aliens” o “ilegales” invisibiliza sus necesidades de SSR (Angulo-Pasel 2019). Muchas mujeres no buscan atención médica ni denuncian violencia sexual por temor a ser deportadas, lo cual agrava e incrementa su vulnerabilidad. Por lo tanto, la política migratoria y fronteriza tiene efectos directos en la SSR de las mujeres migrantes.

En segundo lugar, las políticas antiinmigrante estigmatiza a las mujeres en situación de movilidad e incrementa la discriminación (Coppens 2024; Infante et al. 2020; Leyva-Flores et al. 2019). La percepción de las personas migrantes como vectores de enfermedades, junto con el estigma que rodea al VIH/SIDA, se unen para reforzar la exclusión social hacia las personas migrantes (Hernández Ávila 2013; Leyva-Flores et al. 2016). En consecuencia, las mujeres migrantes suelen evitar buscar atención médica por temor a ser discriminadas o agredidas.

Por último, la normalización y aparente inevitabilidad de la violencia hacia las personas migrantes agrava los efectos mencionados (Infante et al. 2020; Letona, Felker-Kantor y Wheeler 2023). Las mujeres en situación de movilidad esperan ser víctimas de violencia sexual durante el trayecto migratorio, ya sea por parte de autoridades, otros migrantes, o grupos criminales. Como resultado, muy pocas denuncian la violencia o buscan atención médica, debido al estigma y la desconfianza hacia las autoridades (Infante et al. 2020; Leyva-Flores et al. 2019). En el artículo escrito por Fernández-Ortega et al. (2024) encontraron que menos del 50% de las mujeres que sufrieron agresiones sexuales buscaron asistencia médica, lo que sugiere un impacto significativo en su SSR. Algunos estudios indican que este impacto puede ser aún mayor para las mujeres migrantes centroamericanas, en comparación con las mexicanas, debido a mayores niveles de discriminación (Leyva-Flores et al. 2019).

4.0 Resultados del Análisis de Datos

4.1 Características Sociodemográficas de los Encuestados

Tabla 4: Edad de los Encuestados

Edad	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
<20	99	6.60%
20-29	624	41.63%
30-39	495	33.02%
40-49	254	16.94%
50-59	20	1.33%
>60	7	0.47%
Total	1499	100%

Nuestra población estuvo fuertemente concentrada en el rango de edad de 20 a 39 años, el cual representó el 74.65% de todos los encuestados.

El 35.42% de nuestra población estaba casada o en una relación, mientras que el 64.58% restante estaba soltera, divorciada, separada o viuda. Aunque solo alrededor de un tercio de nuestra población estaba actualmente casada o en una relación, más de tres cuartas partes tenían hijos (77.71%). El número promedio de hijos por persona está entre 2 y 3 (2.45). Consulte la Tabla 1 en el Apéndice G para ver estos desgloses.

Tabla 5: Nivel Educativo de los Encuestados

Nivel más alto de educación alcanzado	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sin educación formal	57	3.82%
Escuela primaria	411	27.51%
Escuela secundaria	568	38.02%
Escuela preparatoria/Post-secundaria	207	13.86%
Universidad	223	14.93%
Estudios de posgrado	26	1.74%
Otro	2	0.01%
Total	1494	100%

Nuestra población estaba casi equitativamente distribuida entre los diferentes niveles educativos. Alrededor de un tercio de la población (31.33%) no tuvo educación formal o solo asistió a la escuela primaria. Poco más de un tercio (38.02%) alcanzó la educación secundaria, mientras que un poco menos de un tercio (30.53%) completó la escuela preparatoria/post-secundaria, universidad o estudios de posgrado.

Tabla 6: Motivos de Migración de los Encuestados

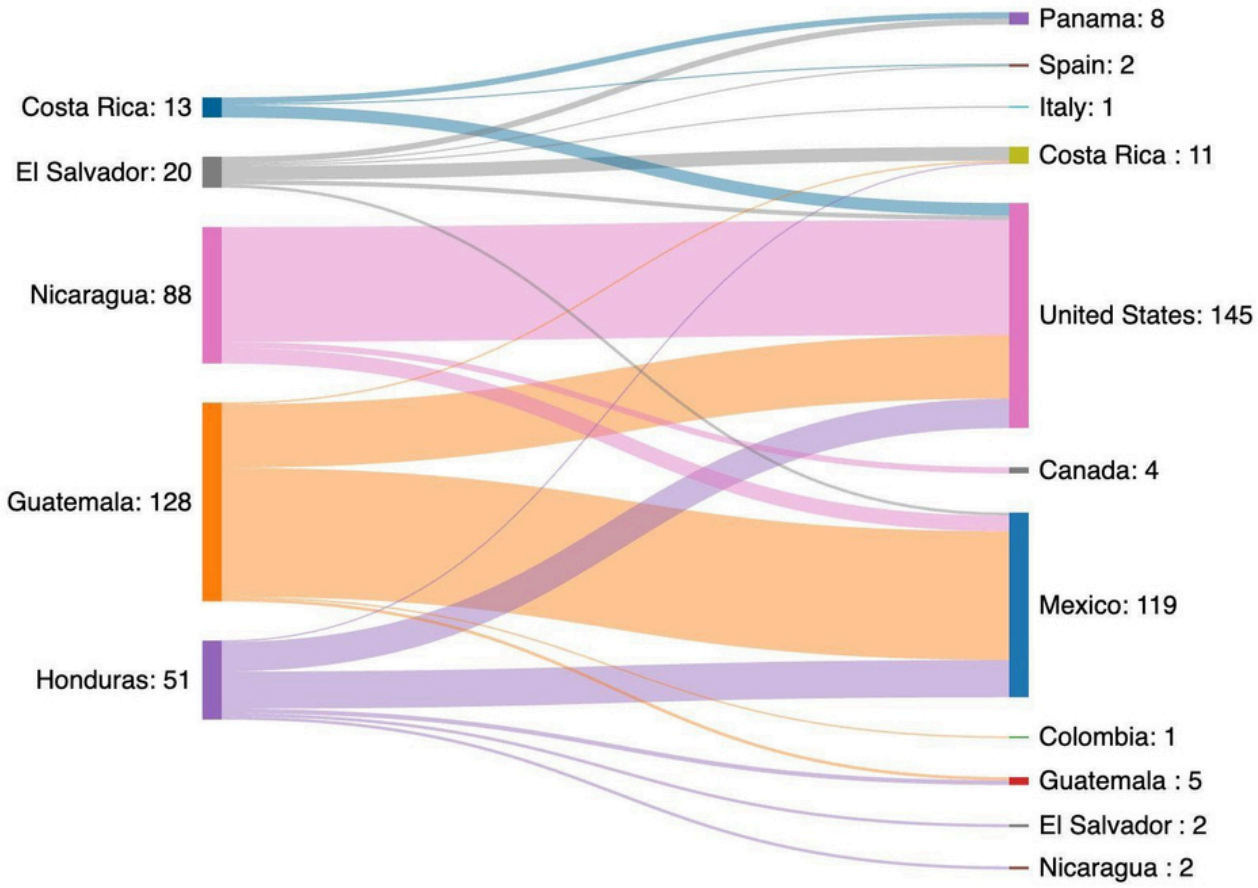
¿Cuál es su motivo de migración?	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Trabajo/Empleo	951	64.34%
Violencia o inseguridad	642	43.44%
Conflicto político/social	314	21.24%
Reunificación familiar	101	6.83%
Salud	76	5.14%
Empleo temporal	22	1.49%
Discriminación	7	0.47%
Turismo	7	0.47%
Desastre Natural	6	0.41%
Estudios	6	0.41%
Otro Motivo	2	0.14%
Respuestas Totales	2134	

Nota: Los encuestados eligieron todos los motivos que aplicaban a su situación.

Hubo tendencias muy claras en cuanto a los motivos de migración entre los encuestados. El empleo laboral fue citado como el motivo más común (64.34%), seguido por la violencia o inseguridad (43.44%). El conflicto político/social también fue significativo, con un 21.24% de los encuestados mencionándolo como un motivo.

Esto está alineado con la literatura, donde otros estudios han sugerido de manera similar que el empleo, la violencia y los conflictos son los principales motivos de migración (Erausquin et al. 2022).

Figura 3: Diagrama de Sankey Sobre el País de Origen de los Encuestados Versus su Destino Final



Nota: Un total de 300 encuestados de Centroamérica respondieron a esta pregunta.

Guatemala y Nicaragua fueron los países de origen más comunes, representando el 42.67% y el 29.33% de nuestra población, respectivamente. Honduras también fue un país de origen significativo, representando el 17% de la población. Costa Rica y El Salvador fueron países de origen menos comunes. Ningún participante indicó haber iniciado su proceso migratorio desde Belice, Panamá o México.

En cuanto al país de asentamiento deseado, nuestros resultados indican que Estados Unidos fue el destino más común, representando aproximadamente la mitad de nuestra población (48.33%). Sin embargo, muchas otras mujeres en nuestra población buscaron establecerse en países latinoamericanos, siendo el más notable México (39.67% de las encuestadas), pero también Costa Rica, Panamá, Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Colombia. Además, un pequeño subconjunto de nuestra población (2.33%) buscó reubicarse en otros países del Norte Global (Canadá, España, Italia), aparte de Estados Unidos.

4.2. Condiciones y Desafíos

4.2.1 Salud Sexual y Reproductiva

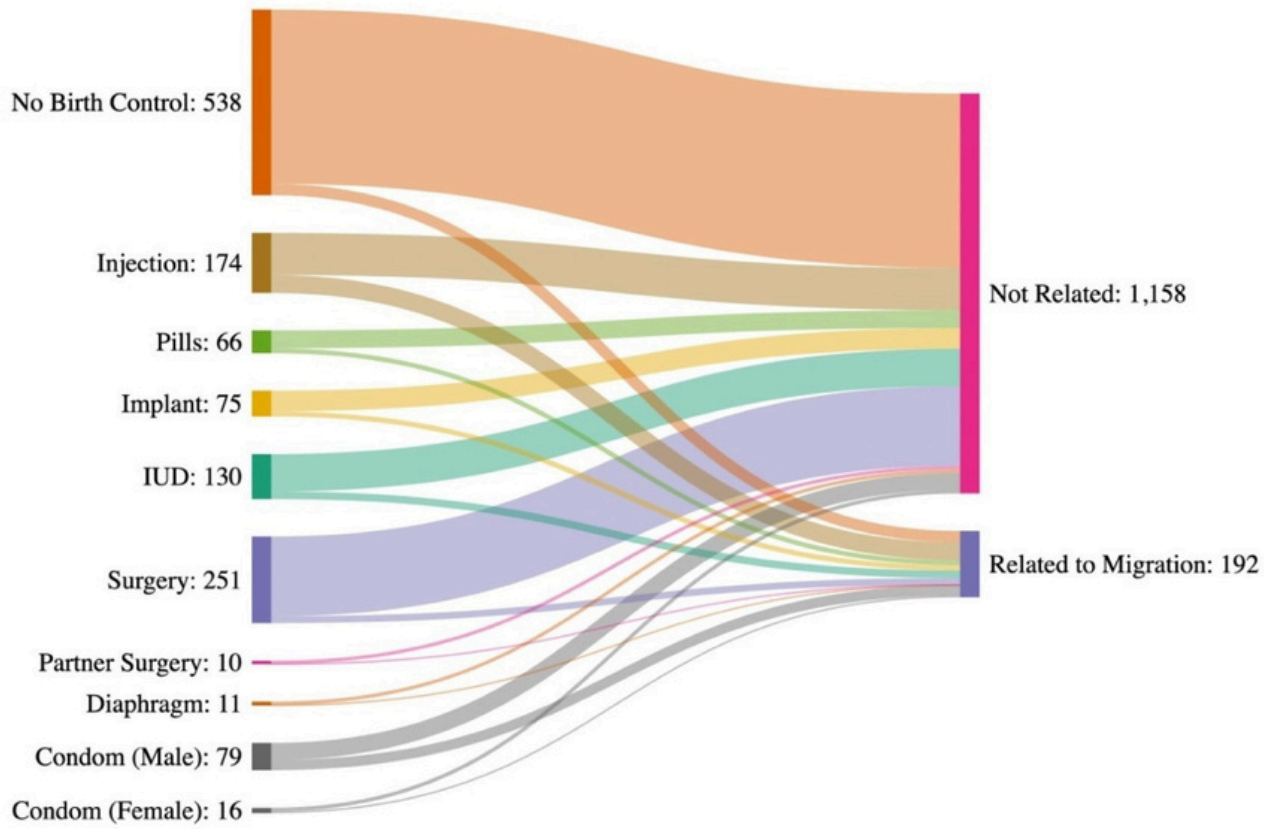
Uso de Anticonceptivos

El 36.72% de las personas encuestadas indicó haber tenido relaciones sexuales desde que comenzó su proceso migratorio; sin embargo, una proporción significativamente mayor (58.42%) señaló que actualmente utiliza métodos anticonceptivos. Consulte la distribución de cada tipo de anticonceptivo en la Tabla 7.
Los métodos anticonceptivos más comunes fueron (1) Operación, cirugía o ligadura de trompas (2) Inyecciones (3) DIU o T de cobre. Todos estos métodos son de larga duración, y tanto las inyecciones como los DIU y las T de cobre se consideran ARLD (Bahamondes et al. 2019). Las operaciones, cirugías o ligaduras de trompas son procedimientos de esterilización permanente. Esto sugiere que las personas migrantes pueden preferir métodos anticonceptivos de larga duración que no requieran mantenimiento continuo ni acceso regular a servicios de salud durante su trayecto migratorio. Este uso frecuente de ARLD coincide con lo que señala la literatura, como se describe en la Sección 3.5.

Tabla 7: Distribución de Métodos Anticonceptivos Entre los Encuestados

¿Qué método anticonceptivo utiliza?	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Cirugía del compañero (vasectomía)	10	0.70%
Diafragmas	11	0.78%
Condones femeninos	17	1.20%
Pastillas	66	4.65%
Implante	75	5.29%
Condones Masculinos	81	5.71%
DIU o T de Cobre	134	9.44%
Inyecciones	178	12.54%
Operación/cirugía/ligadura de trompas	257	18.11%
No utiliza anticonceptivos	590	41.58%
Total	1419	100.00%

Figura 4: Diagrama de Sankey Sobre el Uso de Métodos Anticonceptivos por Parte de los Encuestados y su Relación con la Migración



Nota: Las cifras pueden variar ligeramente respecto a la Tabla 4; el diagrama excluye a las personas que no indicaron qué método anticonceptivo utilizan.

La encuesta también analizó cuántos encuestados indicaron que su método anticonceptivo preferido estaba relacionado con su condición de migrantes. Mientras que 1,158 personas señalaron que su método (o la ausencia de uno) no estaba relacionado con su situación migratoria, 192 personas (12.8%) indicaron que sí lo estaba. Llama particularmente la atención el uso del método de inyecciones, ya que 52 de los 174 usuarios totales (29.89%) señalaron que el uso de este método está relacionado con su situación migratoria. Esto indica que las personas migrantes pueden tener necesidades anticonceptivas particulares durante su trayecto migratorio. Hipotetizamos que esto está directamente relacionado con el acceso al cuidado de la SSR, ya que las inyecciones son un método que generalmente solo requiere acudir a un proveedor de SSR cada tres meses (Bahamondes et al. 2019), lo cual puede resultar más práctico durante la migración. Por lo tanto, la duración del efecto puede ser un factor importante a considerar al diseñar intervenciones de SSR orientadas a personas migrantes.

Embarazo

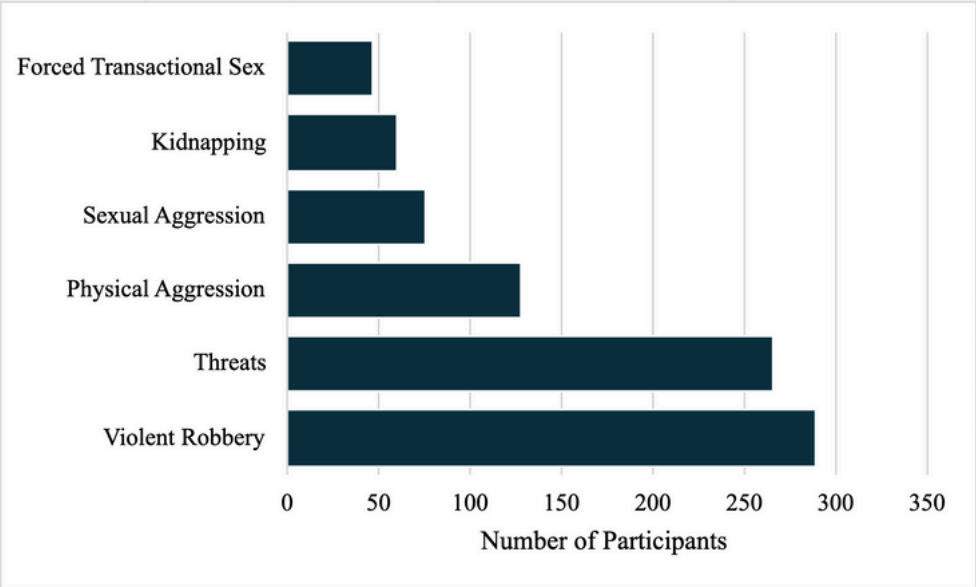
45 mujeres (3.44% de nuestra población) tenían conocimiento de estar embarazadas en el momento de la encuesta. De ellas, 34 tuvieron acceso a una consulta o revisión prenatal (Apéndice G), lo que indica que más de tres cuartas partes de esta población recibieron al menos una visita de atención prenatal (APN) durante su embarazo. Sin embargo, los datos no nos brindan información sobre la cantidad de visitas, lo cual es relevante, ya que las personas embarazadas deberían recibir APN al menos cuatro veces durante el periodo de gestación para aumentar la probabilidad de recibir cuidados maternos efectivos (Moller s.f.).

En cuanto al aborto, se les preguntó al grupo de mujeres embarazadas: "¿Ha pensado en interrumpir el embarazo si fuera posible?" Cuatro respondieron que sí. Aunque esto indica que solo el 8.89% del total de mujeres embarazadas reportaron considerar un aborto, esta cifra puede no reflejar completamente la realidad sobre los embarazos no deseados. Es posible que este número bajo sea poco confiable debido al entorno sociocultural y legal, en el cual las mujeres pueden no sentirse cómodas expresando su opinión sobre el aborto. Por ejemplo, Nicaragua, Honduras y El Salvador tienen prohibiciones totales del aborto (Roth y Jones 2024).

Además, solo se les hizo esta pregunta a las mujeres que sabían que estaban embarazadas al momento de la encuesta, por lo que este hallazgo no puede generalizarse a toda la población. Si se replicara esta encuesta, sugerimos que se pregunte a todas las mujeres acerca de sus preferencias o actitudes frente al aborto.

4.2.2 Violencia

Figura 5: Tipos de Violencia Experimentada por los Encuestados



Cuando se les preguntó a los participantes si habían experimentado algún tipo de violencia durante su trayecto migratorio, el 26.5% respondió que sí. La definición de violencia incluyó: sexo forzado, secuestro, agresión sexual, agresión física, amenazas y robo con violencia. La Figura 4 muestra la distribución entre estas categorías, siendo el robo el tipo de violencia más común, con 289 casos reportados. La forma menos común de violencia fue ser forzada a "mantener relaciones sexuales a cambio de dinero, comida, protección, alojamiento u otro bien" (formulación tomada directamente de la encuesta), con 46 participantes que indicaron haber vivido esta experiencia. Hubo 75 casos de agresión sexual, aunque este término no fue definido específicamente en la encuesta. Hemos interpretado que abarca todo tipo de violencia sexual que no implique sexo transaccional forzado. Por lo tanto, para aproximar la prevalencia de violencia sexual con los datos disponibles, combinamos los casos de sexo transaccional forzado y agresión sexual, estimando que al menos 121 participantes experimentaron violencia sexual durante su trayecto migratorio. Esto representa el 8.06% de nuestra población, sin embargo, esta cifra es probablemente inferior a la que reporta la literatura, como se discute en la Sección 3.5.

Tabla 8: Razones de Probabilidad (odds ratios) de la Regresión Logística que Predice Experiencias de Violencia (VD: ¿La persona migrante experimentó violencia durante el trayecto?)

Variable	Razón de probabilidad	Límite inferior 95% CI	Límite superior 95% CI	Valor P
Días en viaje	0.999	0.999	1.000	0.592
Países atravesados	0.985	0.908	1.069	0.725
GRUPO DE VIAJE ***Ref: Viajó sola***				
Viajó con alguien	2.129	1.479	3.065	4×10^{-5}***
EXPERIENCIA DE "NECESIDADES" REF: SIN "NECESIDADES"				
Tuvo alguna "necesidad" (salud, económica o relacionada con la migración)	3.639	2.342	5.654	9×10^{-9}***
SITUACIÓN LABORAL REF: OTRO				
Empleo formal	5.964	0.752	47.297	0.091
Empleo informal	5.780	0.722	46.262	0.098
Desempleada o trabajo doméstico no remunerado	4.019	0.502	32.201	0.190
Hijos ***Referencia: Sin hijos***				
Tiene hijos	0.869	0.565	1.336	0.523
GRUPO DE EDAD REF: MENOR DE 20 AÑOS				
20 a 39	1.674	0.759	3.694	0.202
40 a 59	1.445	0.587	3.557	0.423
60 años o más	1.379	0.123	15.440	0.794

Códigos de significancia: ‘’ p < 0.001 ‘’ p < 0.01 ‘’ p < 0.05

Realizamos una regresión logística para analizar los niveles de violencia (incluyendo violencia no sexual, con el fin de obtener resultados más robustos, con N=930).
La regresión probó la hipótesis de que las mujeres que viajaron por más tiempo y en situaciones más vulnerables experimentarían mayores niveles de violencia.
Estas situaciones vulnerables incluyeron tener hijos, estar involucradas en empleo informal o falta de empleo, viajar acompañadas, viajar durante más días, cruzar por más países, y tener mayor edad. Optamos por utilizar un modelo logit debido a el

formato binario de nuestra variable dependiente ("¿experimentó violencia?", con opciones de respuesta sí o no). Convertimos los resultados de la regresión en razones de probabilidad para facilitar su interpretación. Los coeficientes de razón de probabilidad indican la probabilidad de que ocurra un evento. Cuando la razón de probabilidad es mayor a 1, significa que las personas dentro de esa categoría tienen más probabilidades de experimentar violencia que aquellas que no pertenecen a dicha categoría (por ejemplo, las personas con hijos tienen menos probabilidades de experimentar violencia que aquellas sin hijos, sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa, por lo que no puede generalizarse más allá de nuestra muestra). Ninguna de las demás características demográficas fue indicativa de tasas más altas de violencia.

La regresión identificó solo dos factores con significancia estadística:

1. Mujeres migrantes que viajaban con otra persona fueron más vulnerables a experimentar violencia.
2. Mujeres migrantes que experimentaron alguna "necesidad" durante su trayecto -conceptualizada en la encuesta como una necesidad económica, de salud, relacionada con la migración u otro tipo de necesidad- también fueron más vulnerables a experimentar violencia.

Ambos resultados fueron altamente significativos desde el punto de vista estadístico. Por tanto, se puede asumir que patrones similares podrían darse entre otras mujeres migrantes en Centroamérica.

Las mujeres migrantes que viajaban acompañadas mostraron mayor vulnerabilidad a la violencia. Como se analiza en la Sección 3.5, la literatura respalda esta observación, sugiriendo que las personas migrantes que viajan con coyotes u otros acompañantes suelen estar expuestas a mayores niveles de violencia sexual (Letona et al. 2023). Asimismo, las mujeres migrantes que presentaron alguna "necesidad" durante el trayecto fueron más vulnerables a la violencia. Como se analiza en la Sección 3.2, el sexo es a menudo intercambiado por mujeres migrantes para satisfacer necesidades básicas (Palacios, De La Rubia y Rubio 2019). Este patrón, en el que las "necesidades" aumentan la probabilidad de violencia, coincide con otros estudios sobre mujeres migrantes.

5.0 Discusión

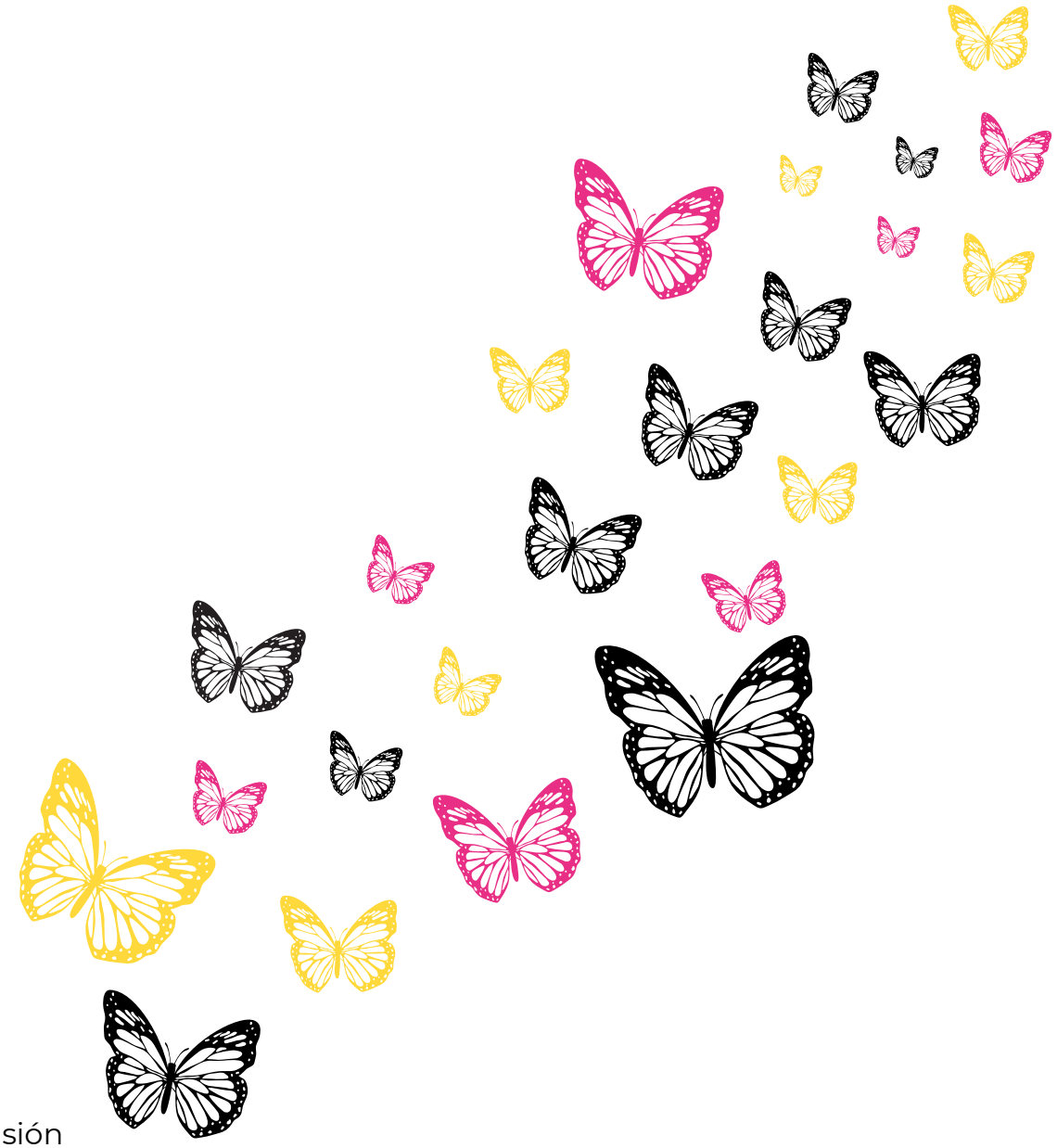
Las principales necesidades de SSR de las mujeres en situación de movilidad en Centroamérica y México son erradicar la violencia sexual y mejorar el acceso a anticonceptivos. La violencia sexual es común a lo largo de la ruta migratoria, concentrándose en albergues para migrantes, vías del tren y zonas fronterizas. Considerando que el empleo fue identificado como el motivo más frecuente de migración, no sorprende que el sexo transaccional sea una práctica prevalente. El análisis de datos respalda esto, ya que la relación entre necesidades y violencia resultó ser estadísticamente significativa. A pesar de ello, la violencia sexual fue inferior a lo esperado en el análisis de datos en comparación con lo que muestra la literatura. Esto podría atribuirse al subregistro de la violencia sexual, ya sea por la normalizacion de la violencia sexual entre las mujeres en situación de movilidad o porque su estatus legal incierto disuade las denuncias.

Migrar acompañadas también resultó estadísticamente significativo en relación con el aumento de la violencia. La violencia sexual y de género es perpetrada por coyotes, grupos criminales, autoridades y otros migrantes, lo que apoya esta conclusión, ya que muchas mujeres recurren al sexo por supervivencia para asegurar el paso. Además, las mujeres móviles que viajan con personas dependientes, especialmente niños, tienen un mayor riesgo de sufrir violencia.

El acceso a anticonceptivos representa la segunda necesidad clave de SSR para esta población. Tanto la literatura como el análisis de datos indican que las mujeres móviles tienen relaciones sexuales con una frecuencia similar. Existe una necesidad clara de métodos ARLD, dado que muchas mujeres utilizan inyecciones y DIU como medida preventiva. El uso de métodos de barrera, especialmente condones, es bajo, lo cual puede estar relacionado con la falta de información y la inaccessibilidad de anticonceptivos a lo largo de la ruta migratoria. La elección y el uso de métodos anticonceptivos está profundamente condicionado por contextos de violencia sexual. En este sentido, se observa una preferencia por métodos anticonceptivos de larga duración (ARLD) como estrategia preventiva ante posibles agresiones sexuales. En contraste, la utilización de métodos de barrera suele ser menos factible en situaciones de migración debido a los entornos de violencia.

Aunque nuestros hallazgos sugieren la existencia de otras necesidades de SSR, como el embarazo, ITS, VIH/SIDA, condiciones ginecológicas, salud menstrual y aborto, es difícil sacar conclusiones definitivas. Las mujeres móviles podrían ser especialmente vulnerables a experimentar necesidades en estas areas debido a la mayor exposición a violencia sexual y la falta de anticoncepción, lo cual puede resultar en mayores tasas de ITS y VIH/SIDA. Sin embargo, los resultados fueron contradictorios o inconclusos, en gran parte debido a la escasez de literatura o a tamaños de muestra insuficientes. También se identificaron importantes vacíos de información en la zona media de la ruta migratoria por Centroamérica, lo que limita el alcance de nuestras conclusiones.

Es necesario un enfoque integrado y comprensivo para investigar más a fondo las necesidades de SSR de las mujeres móviles . Las necesidades de SSR no ocurren de forma aislada, sino que están interconectadas entre sí y con el contexto más amplio de la migración. Se necesita evidencia que abarque todo el corredor migratorio para ilustrar estos mecanismos y respaldar estrategias e intervenciones eficaces.



6.0 Estrategias

1. Desarrollo de un Sistema Específico de Recopilación de Datos Sobre SSR en Centroamérica y México

Existe una necesidad evidente de contar con sistemas sólidos de recopilación de datos que permitan obtener información confiable y profundizar en las necesidades de SSR de las mujeres en situación de movilidad en la región. Las características clave de este sistema deben incluir:

- **Enfocado exclusivamente en SSR:** la recopilación de datos debe centrarse específicamente en SSR, y no ser un complemento de otras áreas. Esto permitirá definiciones más claras entre violencia sexual, VBG y violación.
- **Desagregado por sexo:** las mujeres enfrentan desafíos específicos durante la migración; por tanto, es esencial contar con datos desagregados por sexo para entender con detalle las experiencias diferenciadas por género.
- **Estandarizado:** debe abordar las lagunas de información presentes en la parte media del corredor migratorio, incluyendo Belice, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica.
- **Integral:** debe abarcar toda la gama de temas relacionados con SSR, incluyendo aquellos frecuentemente ignorados, como el embarazo, el aborto y la atención materna.
- **De mayor alcance:** centrarse en poblaciones más grandes, especialmente en cuestiones de SSR, lo cual incrementará la significancia estadística de los hallazgos.
- **Cuantitativo:** se requiere análisis de datos más detallado para identificar con precisión necesidades de SSR, en especial en temas descuidados.

2. Creación de una Agencia Centroamericana y Mexicana para Liderar los Esfuerzos de Colaboración

Es fundamental establecer una agencia transnacional que lidere los esfuerzos para abordar la SSR de las mujeres móviles, particularmente frente a la violencia sexual.

a. Colaboración intersectorial

Los impactos de la violencia sexual y basada en género representan necesidades urgentes de SSR para las mujeres migrantes. El sexo transaccional y de supervivencia a menudo surge de la necesidad de alojamiento, alimentación e ingresos. Colaborar con programas que proporcionen estas necesidades básicas puede reducir la necesidad de que las mujeres recurran a relaciones sexuales coercitivas y disminuir su exposición a situaciones de vulnerabilidad. Esto también podría reducir la probabilidad de transmisión de ITS y embarazos no deseados. Es necesario integrar los servicios de SSR en el sistema de salud formal. Por ejemplo, las mujeres que han sufrido violencia sexual a menudo necesitan apoyo en salud mental. Por tanto, los sistemas de referencia dentro del sector salud deben ser sólidos. Además, debe fortalecerse el vínculo entre los sistemas legales y de salud. Las mujeres migrantes deben poder acceder a mecanismos legales para hacer responsables a los perpetradores de violencia sexual.

b. Colaboración transnacional

La colaboración entre los gobiernos de Centroamérica, México y Estados Unidos es esencial. La retórica antiinmigrante se ha propagado hacia el sur, creando un entorno hostil que expone a las mujeres migrantes a mayor violencia sexual. Modificar estas políticas requiere de mayor cooperación entre países de origen, tránsito y destino. Asimismo, las disparidades entre los derechos de salud otorgados a personas migrantes en diferentes países crean sistemas complejos que las mujeres deben navegar. Una mayor convergencia en políticas y derechos establecidos legalmente puede proteger mejor la SSR de las mujeres móviles, reduciendo barreras psicosociales de acceso.

c. Colaboración interinstitucional

La fragmentación del sistema de salud hace que la colaboración entre agencias sea esencial. Actualmente, las ONG proporcionan la mayoría de los servicio de salud para mujeres migrantes, pero la cobertura no es universal. Se requiere coordinación para garantizar un enfoque estandarizado y una provisión integral de servicios entre organizaciones. Además, esta colaboración permite establecer mecanismos de control y rendición de cuentas. El cambio en políticas requerirá la participación de actores de la sociedad civil, IGO y ONG que aboguen por la realización de los DSSR, y la participación del Estado es fundamental para asegurar la responsabilidad de las ONG e IGO que prestan atención médica. Marcos actuales como el Marco Integral Regional para la Protección y Soluciones (MIRPS) no abordan adecuadamente las vulnerabilidades específicas que enfrentan las mujeres y no incluyen a todos los países de Centroamérica, lo que limita su impacto.

3. Accesibilidad a la Atención Médica

a. Talleres de difusión de información

La falta de acceso a información sobre servicios de salud y DSSR es una barrera importante para la salud de las mujeres en situación de movilidad. La promoción de la salud es clave para difundir el conocimiento sobre los beneficios de los métodos anticonceptivos de barrera y superar las barreras cognitivas que previenen el acceso. Los talleres también pueden servir para informar sobre el estatus legal y los derechos de acceso a la atención médica, abordando así la accesibilidad psicosocial y permitiendo que las mujeres móviles ejerzan plenamente sus derechos a la SSR.

b. Clínicas especializadas en anticoncepción y violencia sexual

La SSR de las mujeres migrantes no debe tratarse como un tema secundario. Las clínicas deben contar con recursos adecuados para ofrecer métodos anticonceptivos preferidos, como los ARLD, así como otros insumos esenciales de SSR, como pruebas de ITS y embarazo. Es fundamental que el personal sanitario esté capacitado en prácticas de atención que sean, Informadas sobre el trauma, culturalmente competentes y centradas en la paciente, esto garantiza que la atención médica priorice no solo la seguridad y dignidad de las mujeres, sino también la protección y promoción plena de sus derechos, incluyendo su derecho a acceder a una atención equitativa y compasiva.

7.0 Conclusión

El bienestar de las mujeres en situación de movilidad es intrínsecamente complejo. Nuestros hallazgos indican que las dificultades del proceso migratorio no se limitan a características sociodemográficas específicas; por el contrario, la violencia y las necesidades de salud afectan a todas las mujeres migrantes, independientemente de su nivel educativo, edad o situación laboral. A través de nuestra revisión exploratoria de la literatura existente, encontramos que la mayoría de los estudios se enfocan en la ocurrencia de violencia, la cual está presente en todas las etapas del trayecto migratorio. También identificamos vacíos en el campo investigativo actual, especialmente en lo que respecta a mujeres embarazadas, necesidades reproductivas y ginecológicas. Los resultados de nuestro análisis de datos confirman estos hallazgos, identificando solo una pequeña proporción de migrantes activamente embarazadas. Además, nuestros datos verifican la evaluación de la violencia presentada en la literatura, destacando que la violencia se ejerce con mayor frecuencia sobre mujeres en situaciones de vulnerabilidad.

Las recomendaciones incluidas en este informe, si se implementan, pueden aumentar la seguridad humana para las mujeres móviles y mejorar su acceso a la atención sanitaria que necesitan. Si bien gran parte de la migración internacional que estudiamos ocurre fuera del alcance de la ley, todavía existen muchas acciones posibles para proteger a quienes viajan en busca de una vida mejor. Los gobiernos tienen un papel esencial en la experiencia migratoria, ya que influyen en las actitudes hacia las personas migrantes y en la accesibilidad de necesidades básicas. Reafirmamos la importancia de que las mujeres en situación de movilidad sean tratadas con respeto a su humanidad. Sus derechos humanos no están condicionados por su estado transitorio.

Appendices

Appendix A: Terms of Reference

LSE/International Development Project Proposal Template	
Organisation and Department:	Ipas LAC, Knowledge management
Project Working Title:	Sexual and Reproductive Health Needs of Women in Situations of Mobility in Mexico and Central America
Background:	Ipas Latin America and the Caribbean (Ipas LAC) is a regional organization that is part of an international non-profit network operating across four continents. Our mission is to ensure that all women and individuals with gestational capacity can make choices about their reproduction freely and with dignity. We collaborate with organizations, institutions, and individuals to prevent unintended pregnancies and ensure access to safe abortion. The sexual and reproductive health needs of women in situations of mobility are critically important due to the unique vulnerabilities and challenges they face. Women who are migrants, refugees, or asylum seekers often encounter significant barriers to accessing healthcare, including sexual and reproductive health services. These barriers can include legal restrictions, lack of financial resources, language barriers, and the transient nature of their journeys. In Ipas LAC, we are developing a strategy to address the reproductive health needs of this population. However, in recent years, the profile of migrants and their health situations have changed. Understanding these evolving needs is crucial for creating effective programs.
Question:	In recent years, Latin America has experienced significant changes in migration patterns. The causes of migration and the profiles of those who decide to leave their countries have evolved. Factors such as violence, climate change, and economic instability have led to an increase in the number of women and minors in situations of mobility. According to the International Organization for Migration (IOM), women and children now make up nearly half of the migrant population in this region. At Ipas LAC, we have identified an opportunity to address the reproductive health needs of this vulnerable group. By developing and implementing strategic interventions, we aim to provide comprehensive care and support to women and minors in transit, ensuring their health and safety as they navigate through Mexico and Central America.
Objective:	In 2024 the National Institute of Public Health in Mexico conducted a survey in Central America and Mexico focusing on men and women in migration situations to understand their health and sexual and reproductive health needs, the main places and services addressing these needs, and some risky behaviours or situations during the migration process. Due to a lack of funding, we have not been able to analyse the information on women in mobility situations to explore their health needs. The objective of this collaboration is to analyse and interpret the survey results to develop strategies for addressing the reproductive health needs of women in migration situations.
Methodology:	1. Literature Review Data Cleaning and Analysis. 3. Generation of Tabulations 4. Hypothesis Testing. 5. Interpretation of Results. 6. Report Writing with Recommendations.
Critical skills:	Data management skills, analytic skills, skills to present complex information in an easy-to-understand manner. Although the survey questionnaires are in Spanish, we will translate them into English to ensure they are accessible to the students.
Contact:	Biani Saavedra Research area saavedrab@ipas.org

Appendix B: PRISMA Protocol

Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED IN SECTION#
TITLE			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	2.1
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	N/A
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	1.0; 2.1
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	2.1
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	N/A
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	2.1
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	2.1; Appendix C; Appendix D
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	Appendix D
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	2.1
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	2.1
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	N/A
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	N/A
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	N/A

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED IN SECTION#
RESULTS			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	Appendix E
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	Appendix F
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	N/A
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	Appendix F
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	3.0
DISCUSSION			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	3.0; 5.0
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	2.3
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	7.0
FUNDING			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	N/A

JBI = Joanna Briggs Institute; PRISMA-ScR = Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.

* Where *sources of evidence* (see second footnote) are compiled from, such as bibliographic databases, social media platforms, and Web sites.

† A more inclusive/heterogeneous term used to account for the different types of evidence or data sources (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy documents) that may be eligible in a scoping review as opposed to only studies. This is not to be confused with *information sources* (see first footnote).

‡ The frameworks by Arksey and O'Malley (6) and Levac and colleagues (7) and the JBI guidance (4, 5) refer to the process of data extraction in a scoping review as data charting.

§ The process of systematically examining research evidence to assess its validity, results, and relevance before using it to inform a decision. This term is used for items 12 and 19 instead of "risk of bias" (which is more applicable to systematic reviews of interventions) to include and acknowledge the various sources of evidence that may be used in a scoping review (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy document).

Source: Tricco et al. 2018

We have adapted the PRISMA-ScR protocol to fit the purposes of this report. As the scoping review has been designed in conjunction with the data analysis, not all sections of the checklist were relevant. These items have been reported as N/A (not applicable).

Appendix C: Search Terms

All searches were conducted in February 2025. Each search was adapted from the below search terms.

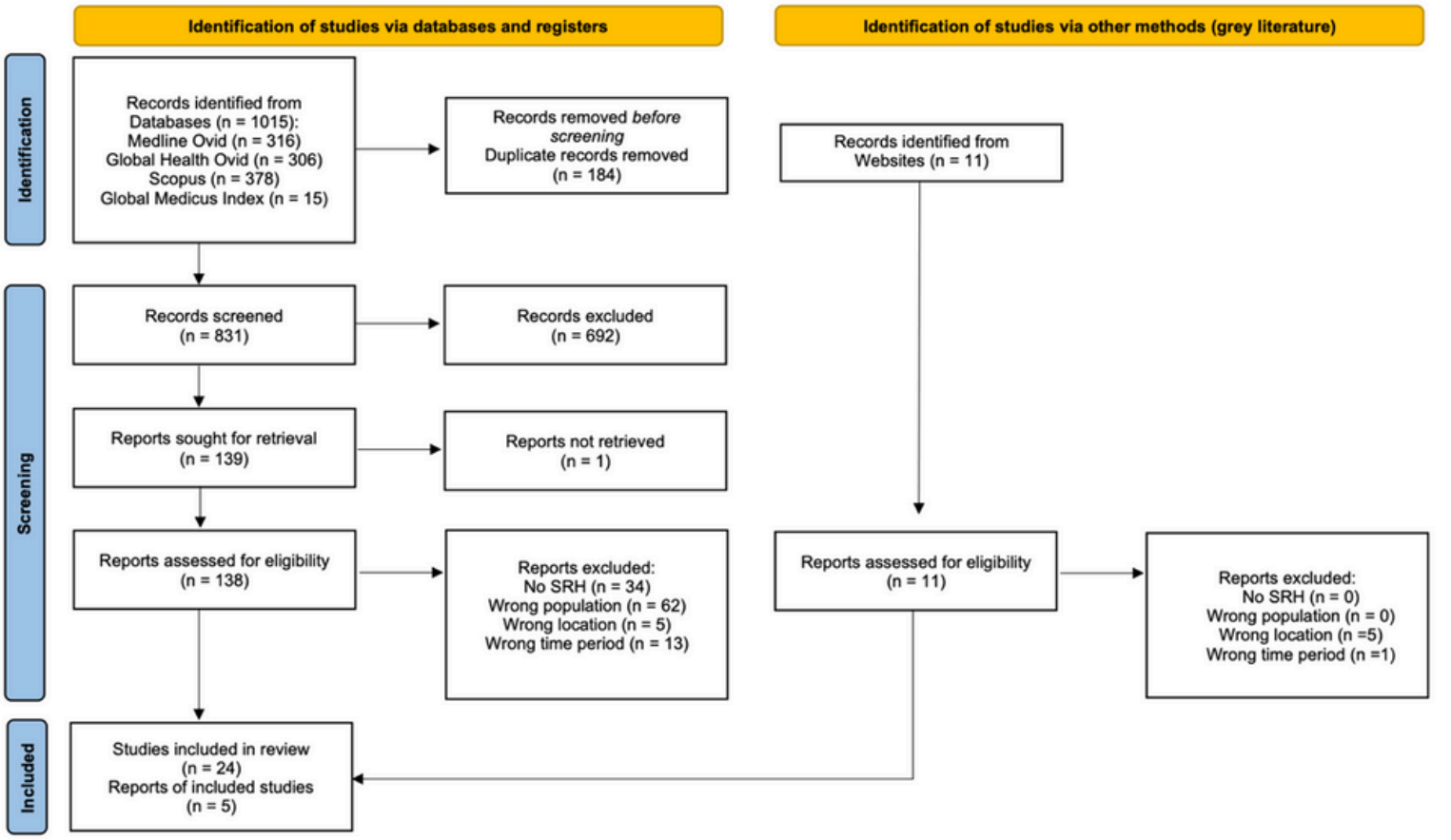
Population	Women or Girl or Female or Young female or Young girl or Young women or Adolescent or Teen or Youth or Juvenile or Underage girls
Concept	Sexual health or Reproductive Health or SRHR or SRH or Family planning or Contraception or Birth control or Condom or Sex or Safe sex or Sexual abstinence or Sexual harassment or Sexual activity or Sexual experience or Sexual initiation or Sexual intercourse or Sexual debut or Unsafe sex or Unprotected sex or Forced sex or Pregnancy or Adolescent pregnancy or Teenage pregnancy or High-risk pregnancy or Unplanned pregnancy or Unwanted pregnancy or Sexual violence or Sexual abuse or Gender-based violence or Intimate Partner Violence or Domestic violence or Domestic abuse or Rape or Sex trafficking or Transactional sex or Sex work or Prostitution or Sexually Transmitted Disease or Sexually transmitted Infection or STD or STI or Syphilis or Chlamydia or Gonorrhoea or Human Papillomavirus or HPV or Herpes or Hepatitis B or Hepatitis C or Papillomavirus Infection or Papillomavirus Vaccine or HIV infection or Human Immunodeficiency Virus or HIV or Acquired immunodeficiency syndrome or AIDS or HIV seropositivity or Antiretroviral therapy or ART or Female circumcision or Female Genital Mutilation or Female cutting or Puberty or Menstruation or Menstrual hygiene or Menstrual health or Legal abortion or Induced abortion or Unsafe abortion or Illegal abortion or Child Marriage or Forced marriage or Antenatal or Ante-natal or Postnatal or Post-natal or Perinatal or Peri-natal or Sexual wellbeing or Sexuality education or Sex education or Physical relationship or Fertility or Infertility or Fecundity or Infecundity or Fertility clinic or Miscarriage or Childbirth or Sexual dysfunction or Reproductive cancer or Women Health or Maternal Health or Adolescent Health
Context	Situations of Mobility or Mobility or Refugee or Displaced or Displaced person or Displaced people or Migrant or Asylum Seeker or Transient or Immigrant or Undocumented or Border
	Central America or Guatemala or Honduras or El Salvador or Nicaragua or Panama or Costa Rica or Belize or Colombia or Mexico or Haiti or Latin America

Appendix D: Database Search

Ovid Medline; Searched February 11, 2025

1.	((sexual* or reproduct* or family planning) adj2 (services or health)).mp. [mp=title, book title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms, population supplementary concept word, anatomy supplementary concept word]
2.	(women health or women's health or maternal health).mp. [mp=title, book title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms, population supplementary concept word, anatomy supplementary concept word]
3.	(pregnanc* or abortion or contracepti* or sexually transmitted diseases or sexually transmitted infections).mp. [mp=title, book title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms, population supplementary concept word, anatomy supplementary concept word]
4.	(sexual violence or sexual abuse or sexual assault or gender-based violence or domestic violence or domestic abuse or sexual harassment or sexual trauma or rape or intimate-partner violence).mp. [mp=title, book title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms, population supplementary concept word, anatomy supplementary concept word]
5.	(sex work or transactional sex or sex workers or unsafe sex or risky sex or unprotected sex or forced sex or prostitut* or human trafficking or sex trafficking).mp. [mp=title, book title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms, population supplementary concept word, anatomy supplementary concept word]
6.	2 or 3 or 4 or 5
7.	(migratory or migration or asylum seeker or displaced or displacement or displaced person or refugee* or undocumented or mobile or transient or transit).mp. [mp=title, book title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms, population supplementary concept word, anatomy supplementary concept word]
8.	6 and 7
9.	("36568827" or "34096387" or "39763495").mp. [mp=title, book title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms, population supplementary concept word, anatomy supplementary concept word]
10.	8 and 9
11.	(Central America or Guatemala or Honduras or El Salvador or Nicaragua or Panama or Costa Rica or Belize or Colombia or Mexico or Haiti or Latin America).mp. [mp=title, book title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms, population supplementary concept word, anatomy supplementary concept word]
12.	6 and 7 and 11
13.	limit 12 to yr="2010 -Current"

Appendix E: PRISMA Screening Flowchart



Source: Page MJ, et al. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. This work is licensed under CC BY 4.0. To view a copy of this license, visit https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Appendix G: Descriptive Tables

Table 1: Socio-demographic Characteristics

Category	Frequency (N)	Percent (%)
Employment		
Agricultural Work	116	9.06
Industrial Sector	82	6.40
Service Sector	136	10.62
Self-Employed	266	20.77
Unpaid Domestic Work	274	21.39
Student	127	9.91
Sex Work	9	0.70
Not Working (Looking for Work)	26	2.03
Not Working (Not Looking for Work)	19	1.50
Arts, Entertainment, Sports	7	0.55
Artisans, Factory Workers, Maintenance	16	1.26
Administrative Support	13	1.03
Merchants, Commercial Sales	51	4.03
Street Vendors	2	0.16
Personal Service Workers	38	3.00
Domestic Services	20	1.58
Protection, Surveillance, Armed Forces	6	0.47
Other Professionals	57	4.51
Other	16	1.25
Total	1281	100
Civil Status		
Single/Divorced/Separated/Widowed	817	64.58
Married/Free Union	448	35.42
Total	1265	100
Family Status		
Has Children*	983	77.71
No Children	282	22.29
Total	1265	100

Highest Level of Education		
No Formal Education	57	3.82
Primary School	411	27.51
Secondary School	568	38.02
Preparatory/Post-Secondary School	207	13.86
University	223	14.93
Post-Graduate	26	1.74
Other	2	0.13
Total	1494	100
Age		
Younger than 20	99	6.60
20-29	624	41.63
30-39	495	33.02
40-49	254	16.94
50-59	20	1.33
Older than 60	7	0.47
Total	1499	100
Country of Origin		
Colombia	119	7.96
Costa Rica	1	0.07
Cuba	40	2.68
Dominican Republic	2	0.13
Ecuador	42	2.81
El Salvador	187	12.51
Guatemala	194	12.98
Haiti	8	0.54
Honduras	403	26.96
Mexico	2	0.13
Nicaragua	107	7.16
Panama	3	0.20
Peru	3	0.20
Spain	1	0.07
Venezuela	383	25.62
Total	1495	100

*The average number of children is 2.45.

Table 2: Migration

Category	Frequency (N)	Percent (%)
What is your reason for migration?		
Labor/Employment	951	64.34
Family Reunification	101	6.83
Political/Social Conflict	314	21.24
Health	76	5.14
Violence or Insecurity	642	43.44
Natural Disaster	6	0.41
Temporal Employment	22	1.49
Discrimination	7	0.47
Study	6	0.41
Tourism	7	0.47
Other Reason	2	0.14
Total Responses	2134	
*What is your final destination country?**		
Australia	1	0.10
Canada	14	1.33
Chile	1	0.10
Colombia	1	0.10
Costa Rica	35	3.34
El Salvador	8	0.76
Germany	1	0.10
Guatemala	10	0.95
Honduras	5	0.48
Italia	4	0.38
Mexico	312	29.74
Nicaragua	5	0.48
Panama	69	6.58
Poland	1	0.10
Spain	5	0.48
United States	577	55.00
Total	1049	100

Travelled through another country**	672	69.06
If yes:		
Travelled through 1 country	226	33.83
Travelled through 2 countries	32	4.79
Travelled through 3 countries	46	6.89
Travelled through 4 countries	227	33.98
Travelled through 5 countries	87	13.02
Travelled through 6 countries	37	5.54
Travelled through 7 countries	9	1.35
Travelled through 8 countries	4	0.60
No response	4	
Total	672	100
When you began your journey, were you travelling with someone?		
Yes	654	44.01
No	832	55.99
Total	1486	100
How many people have you been travelling with since your journey began?		
1	394	47.36
2	224	26.92
3	101	12.14
4	72	8.65
5+	41	4.92
Total	832	100
Have you had needs (economic, health, other) since you began your journey?		
Yes	1003	68.32
No	465	31.68
Total	1468	100

What type of needs did you have?		
Support to obtain identification documents	50	3.41
Support to regularise immigration status	193	13.16
Health needs	364	24.81
Loan of money to cover needs	306	20.86
Food	725	49.32
Transportation	356	24.27
Lodging	545	37.15
Total Responses	2539	
Did you receive support for any of the needs you had during this journey?		
No	300	37.45
Yes, for some	115	14.36
Yes, for all	386	48.19
Total	801	100
Who provided you with support for the needs you had during this journey?		
Local migrant/pro-migrant organisations	359	44.88
Friends and family	57	7.12
International agencies	63	7.88
People with whom you migrated	17	2.12
Churches	25	3.12
Health centres	27	3.38
Inhabitants of cities/towns passed through	120	15.00
The government	33	4.12
Total Responses	701	

**There were 451 'NA's'.*

***Median days spent travelling: 40*

Table 3: Violence and Health

Category	Frequency (N)	Percent (%)
Have you experienced violence during travel?		
Yes	393	26.50
No	1090	73.50
Total	1483	100
If you have experienced violence, what kind?		
Sexual Aggression	75	19.08
Kidnapping	60	15.27
(Violently) Robbery	289	73.54
Threats	265	67.43
Physical Aggression	127	32.32
Forced Transactional Sex	46	11.70
Total Responses	862	
Have you experienced health problems during travel?		
Yes	317	21.40
No	1164	78.60
Total	1481	100
Which health issue has been most urgent during this journey?		
Wound	53	17.10
Accident	11	3.55
Fracture	16	5.16
Respiratory disease (flu, asthma)	52	16.77
Gastrointestinal disease (vomiting, diarrhoea)	39	12.58
Bumps	15	4.84
Chronic illness	18	5.81
Dehydration	12	3.87
Malnutrition/hunger	3	0.97
Mental health conditions	17	5.48
COVID-19	4	1.29
Foot fungus	2	0.65
Malaria, chikungunya, dengue fever	1	0.32
Pregnancy or childbirth	44	14.19
Other	23	7.42
Total	310	100
Where did you receive health care for your most important health issue?		
Migrant house	61	34.60
Private office and/or hospital	5	2.84
Pharmacy	13	7.39
Health centre	28	15.91
Government hospital	31	17.61
Doctors without Borders Clinic or International Red Cross	40	27.84
Total Responses	178	

Table 4: SRH Needs

Category	Frequency (N)	Percent (%)
Have you had sex since you began this journey?		
Yes	542	36.72%
No	934	63.28%
Total	1476	100.00
What contraceptive method do you use?		
Does not use contraception	590	41.58
IUD or copper T	134	9.44
Pills	66	4.65
Injections	178	12.54
Male condoms	81	5.71
Female condoms	17	1.20
Diaphragms	11	0.78
Operation/surgery/tubal ligation	257	18.11
Partner surgery (vasectomy)	10	0.70
Implant	75	5.29
Total	1419	100
Are you using this method for reasons related to migration?		
Yes	183	13.52
No	1171	86.48
Total	1354	100
Have you experienced health problems during travel?		
Yes	317	21.40
No	1164	78.60
Total	1481	100
Have you ever contracted a sexually transmitted infection (STI)?		
Yes	4	1.26
No	313	98.74
Total	317	100
Do you know if you are pregnant?		
Yes, I am pregnant	45	3.44
No, I am not pregnant	1265	96.56
Total	1310	100
Have you had access to a consultation or pregnancy check-up?		
Yes	34	77.27
No	10	22.73
Total	44	100
Have you experienced pregnancy-related health issues?		
Yes	48	14.68
No	279	85.32
Total	327	100
Have you thought about interrupting pregnancy if it were possible?		
Yes	4	9.30
No	39	90.70
Total	43	100

Appendix H: Ethics

The data we analysed for the project was filtered by multiple organisations before Ipas received it. However, all identifying information was removed from the data before we received it. Thus, we avoided compromising the respondents' anonymity. Throughout the project, we were mindful of ethical implications. We did not find any actions taken by ourselves or within the scope of the project to be unethical.

References

Amnesty International. “Key facts about the migrant and refugee caravans making their way to the USA.” November 16, 2018. https://www.amnesty.org/en/latest/news/2018/11/key-facts-about-the-migrant-and-refugee-caravans-making-their-way-to-the-usa/

Angulo-Pasel, Carla. 2019. “The Categorized and Invisible: The effects of the ‘Border’ on women migrant transit flows in Mexico.” *Social Sciences* 8 (5): 144. https://doi.org/10.3390/socsci8050144.

Bahamondes, Luis, Arlete Fernandes, Ilza Monteiro, and M Valaria Bahamondes. “Long-Acting Reversible Contraceptive (Larcs) Methods.” Best practice & research. Clinical Obstetrics & Gynecology, December 20, 2019. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32014434.

Boyce, Sabrina C., Sonia Morales-Miranda, Julie Ritter, Daniel P. Triplett, Itzel Loya-Montiel, and Jay G. Silverman. 2020. “HIV Infection and Risk Heightened Among Female Sex Workers Who Entered the Sex Trade as Adolescents in Guatemala.” *AIDS and Behavior* 24 (10): 2906–17. https://doi.org/10.1007/s10461-020-02841-1.

“Briefing on Sex Workers.” British Medical Association, 2021. https://www.bma.org.uk/media/4562/bma-arm-briefing-sex-workers-arm2021.pdf.

Brigden, Noelle K. 2017. “Gender Mobility: Survival Plays and Performing Central American Migration in Passage.” *Mobilities* 13 (1): 111–25. https://doi.org/10.1080/17450101.2017.1292056.

Cabieses, Baltica, Benelli Velázquez, Alice Blukacz, Sofia Farante, Ietza Bojórquez, and Edward Mezones-Holguín. 2023. “Intersections Between Gender Approaches, Migration and Health in Latin America and the Caribbean: A Discussion Based on a Scoping Review.” *The Lancet Regional Health - Americas* 40 (June): 100538. https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100538.

Conant, Eve, and Chwastyk, M.W. “The World’s Congested Human Migration Routes in 5 Maps.” National Geographic, September 19, 2015. https://www.nationalgeographic.com/culture/article/150919-data-points-refugees-migrants-maps-human-migrations-syria-world.

Coppens. Migration and Health in the Americas: Needs and Services Assessment 2021-2023. Panama: IFRC, 2024. https://reliefweb.int/report/world/migration-and-health-americas-needs-and-services-assessment-2021-2023#:~:text=The%20main%20objective%20of%20the%20study%20consists%20of,hindering%20factors%20to%20health%20care%20for%20migrant%20population.

Corporation for Digital Scholarship. *Zotero*. V7.0.13. Center for History and New Media at George Mason University. PC. 2024

"Declaration on the Elimination of Violence Against Women." United Nations, December 20, 1993. https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocity-crimes/Doc.21_declaration%20elimination%20vaw.pdf.

De Pablo, Álvaro G. and Aragón, Estela. 2024. "An X-ray of migrant women in Central America." *World Bank*. 2:57. March 6 https://www.worldbank.org/en/news/video/2024/03/06/radiografia-mujeres-migrantescentroamerica#:~:text=In%202020%2C%20more%20than%2016,the%20protagonists%20of%20this%20story

Erausquin, Jennifer Toller, Joanne Sánchez, Anyi Yu Pon, Mónica Jhangimal, Eugenia Millender, Yudith Peña, Winroy Ng, et al. 2022. 'Sexual and Reproductive Health and Access: Results of a Rapid Epidemiological Assessment among Migrant Peoples in Transit through Darién, Panamá'. *Frontiers in Reproductive Health* 4 (November):953979. https://doi.org/10.3389/frph.2022.953979.

Fernández-Ortega, Miguel Á., René Cerritos-Flores, Omar Rodríguez-Mendoza, Rocío Dávila-Mendoza, Brandon Salas-Sánchez, Daniel A. Muñiz-Salinas, and Yuriana Martinez-Orea. 2024. 'Mexicans vs Central Americans: Violented Migrants Crossing Mexico'. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities* 11 (5): 3105–11. https://doi.org/10.1007/s40615-023-01767-3.

Frank-Vitale, Amelia. 2023. 'Coyotes, Caravans, and the Central American Migrant Smuggling Continuum'. *Trends in Organized Crime* 26 (1): 64–79. https://doi.org/10.1007/s12117-022-09480-z.

Garbett, Ann, Natalia Cintra De Oliveira Tavares, Pia Riggirozzi, and Sarah Neal. 2022. “The Paradox of Choice in the Sexual and Reproductive Health and Rights Challenges of South-south Migrant Girls and Women in Central America and México: A Scoping Review of the Literature.” *Journal of Migration and Health* 7 (December): 100143. https://doi.org/10.1016/j.jmh.2022.100143.

Google Translate, Spanish to English, February 25, 2025, Google LLC.

Hada Soria-Escalante, Alejandra Alday-Santiago, Erika Alday-Santiago, Natalia Limón-Rodríguez, Pamela Manzanares-Melendres, and Adriana Tena-Castro. 2021c. “‘We All Get Raped’: Sexual Violence Against Latin American Women in Migratory Transit in Mexico.” *Violence Against Women* 28 (5): 1259–81. https://doi.org/10.1177/10778012211013909.

Hernández Ávila Mauricio. 2013. ‘Movilidad poblacional y VIH’. *Salud pública Méx.* 55 (1): S1-S3. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000300001

Infante, Cesar, René Leyva-Flores, Juan Pablo Gutierrez, Frida Quintino-Perez, Cristian Armando Torres-Robles, and Mariajosé Gomez-Zaldívar. 2020. ‘Rape, Transactional Sex and Related Factors among Migrants in Transit through Mexico to the USA’. *Culture, Health & Sexuality* 22 (10): 1145–60. https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1662088.

Intrepid DMC. n.d. "Central America." Accessed March 23, 2025. https://www.intrepiddmc.com/destinations/latin-america/central-america

International Organization for Migration Latin America and the Caribbean. “Migrants in transit through the Americas.” Accessed March 20, 2025. https://lac.iom.int/en/interactive-dashboard-migrants-transit-through-americas

Kerf, Michael., Contreras-Urbina, Manuel., Aguilera, Ana I., Padron, Erika., and Xavier Muñoz Burgos, Carlos. “Migrant women and girls in Central America risk their lives in search of a better future.” World Bank Blogs. June 6, 2023. https://blogs.worldbank.org/en/latinamerica/migrant-women-girls-search-better-future-central-america

Laughon, Kathryn, Nora Montalvo-Liendo, Sarah Eaton, and Lucy Bassett. 2022. “Health and Safety Concerns of Female Asylum Seekers Living in an Informal Migrant Camp in Matamoros, Mexico.” *Journal of Advanced Nursing* 79 (5): 1830–39. https://doi.org/10.1111/jan.15511.

Leyva René, Castillo José Gabriel, Infante César, Quintino Frida. 2013. ‘Movilidad poblacional y VIH: una Experiencia de cooperación regional en Centroamérica y México.’ *Salud pública Méx*. 55(1): S4-S6. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000300002&lng=es.

Leyva-Flores, René, César Infante, Edson Servan-Mori, Frida Quintino-Pérez, and Omar Silverman-Retana. 2016. ‘HIV Prevalence Among Central American Migrants in Transit Through Mexico to the USA, 2009–2013’. *Journal of Immigrant and Minority Health* 18 (6): 1482–88. https://doi.org/10.1007/s10903-015-0268-z.

Leyva-Flores, René, Cesar Infante, Juan Pablo Gutierrez, Frida Quintino-Perez, MariaJose Gómez-Saldivar, and Cristian Torres-Robles. 2019. ‘Migrants in Transit through Mexico to the US: Experiences with Violence and Related Factors, 2009-2015’. *PLOS ONE* 14 (8): e0220775. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220775.

Letona, Paola, Erica Felker-Kantor, and Jennifer Wheeler. 2023. “Sexual and Reproductive Health of Migrant Women and Girls From the Northern Triangle of Central America.” *Revista Panamericana De Salud Pública*, January. https://doi.org/10.26633/rpsp.2023.59.

McAuliffe, M. and Oucho, L.A. 2024. *World Migration Report 2024*. Geneva. International Organization for Migration. https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2024

MIRPS. “What is the MIRPS.” Accessed March 21, 2025. https://mirps-platform.org/en/what-is-the-mirps/

Moller, Ann-Beth. “Antenatal Care Coverage - at Least Four Visits (%).” WHO Global Health Observatory, n.d. https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/80.

Negrin, Atziri Ramírez, Paola Iturralde Rosas-Priego, Javier Gomez-Pedroso Rea, Paulo Felipe Meade Treviño, Carlos Gerardo Salazar Lopez Ortiz, Jorge Ivan Ceballos Mendoza, Gerardo E. a. Aurioles Lopez, Leonel Alfonso Pedraza, and Hector Rogelio Santana Garcia. 2023. "Improving Migrant's Care in Mexico: A Statement by the Mexican Federation of Colleges of Obstetricians and Gynecologists." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 163 (2): 461–62. https://doi.org/10.1002/ijgo.14842.

Obinna, Denise N. 2020. "Seeking Sanctuary: Violence Against Women in El Salvador, Honduras, and Guatemala." *Violence Against Women* 27 (6–7): 806–27. https://doi.org/10.1177/1077801220913633.

Ouzzani, Mourad, Hammady, Hossam, Fedorowicz, Zbys, and Ahmed Elmagarmid. Rayyan — . a web and mobile app for systematic reviews. Systematic Reviews (2016) 5:210, DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4.

Panama National Migration Service. 2024. "Mixed Movements Official Data." P*anama National Migration Service*. https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/2024-03/Darien%20Border%20Protection%20Monitoring%20Factsheet_ENG_Feb24.pdf.

Panchenko, Sofya, Philippe Mayaud, Sebastian Baranyi Nicholls, Carolina López González, Khatherine Michelle Ordáz, Madeline Baird, and Amanda Gabster. 2023. '"You Are the First Person to Ask Me How I'm Doing Sexually": Sexual and Reproductive Health Needs and Sexual Behaviours among Migrant People in Transit through Panama'. *Frontiers in Reproductive Health* 5 (July). https://doi.org/10.3389/frph.2023.1157622.

PAHO. 2023. "Increased migration flow in the Americas in 2023: Challenges for migrant health and PAHO's response." December 18, 2023. https://www.paho.org/en/news/18-12-2023-increased-migration-flow-americas-2023-challenges-migrant-health-and-pahos-response

Palacios, Simón Pedro Izcara, José Moral De La Rubia, and Karla Lorena Andrade Rubio. 2019. "Mujeres Migrantes Víctimas De Esclavitud Sexual, Prostitución Involuntaria Y Prostitución No Forzada." *Papeles De Población* 25 (101): 145–73. https://doi.org/10.22185/24487147.2019.101.26.

Peters, M. D. J., Godfrey C., McInerney P., Baldini Soares C., Khalil H., and Parker D. 2017. "Chapter 11.2: Development of a scoping review protocol". In: *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*, edited by E Aromataris and Z Munn. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.

R Core Team. 2024. *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing. https://www.R-project.org/

Rocha-Jiménez, Teresita, Kimberly C. Brouwer, Jay G. Silverman, Sonia Morales-Miranda, and Shira M. Goldenberg. 2016. “Migration, Violence, and Safety among Migrant Sex Workers: A Qualitative Study in Two Guatemalan Communities.” C*ulture, Health & Sexuality* 18 (9): 965–79. doi:10.1080/13691058.2015.1122229.

Roth, Cassia, and Marian Moser Jones. “Latin American Nations Once Lagged on Abortion Rights: Now Some Present Role Models for the United States.” A*merican Journal of Public Health*, September 4, 2024. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11375351/.

Sánchez-Alemán, Miguel Angel, Angel Emanuel Rogel-González, Santa García-Cisneros, María Olamendi-Portugal, Dayana Nicté Vergara-Ortega, Héctor Armando Rincón-León, and Antonia Herrera-Ortiz. 2023. ‘Alta Seroprevalencia de Sífilis Y Herpes Genital En Migrantes En Tránsito En Chiapas, México.’ *Rev Panam Salud Publica*. 19(47): e71. https://iris.paho.org/handle/10665.2/57370

Tricco, Andrea C., Erin Lillie, Wasifa Zarin, Kelly K. O’Brien, Heather Colquhoun, Danielle Levac, David Moher, et al. 2018. “PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation.” *Annals of Internal Medicine* 169 (7): 467–73. https://doi.org/10.7326/M18-0850.

UNHCR. “Central America Refugee Crisis”. Accessed March 1, 2025. https://www.unrefugees.org/emergencies/central-america/

UNHCR. “What Is Gender-Based Violence?”. Accessed March 1, 2025. https://help.unhcr.org/turkiye/information-and-resources-on-protection-from-violence/what-is-gender-based-violence/.

WHO. “Women of reproductive age (15-49 years) population (thousands).” Accessed March 19, 2025. https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/women-of-reproductive-age-(15-49-years)-population-(thousands)

WHO. “Condoms.” Accessed March 21, 2025. https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/stis/prevention/condoms

World Bank. 2014. Harnessing Opportunities from Migration in Central America and the Dominican Republic: Synthesis Report. Washington, D.C. World Bank Group. https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099061423153085048