



INCREMENTANDO DESIGUALDADES Y AGRAVANDO RIESGOS

El impacto del COVID-19 en la Salud y Protección de mujeres y niñas en movilidad humana





© Tarek Satea/CARE

Resumen Ejecutivo

Transcurrido más de un año desde el inicio de la pandemia de coronavirus o COVID-19 (crisis de la cual algunos países aparentemente están saliendo, mientras que otros enfrentan nuevas oleadas), la evidencia de su impacto está aumentando. El COVID-19 ha acentuado las necesidades humanitarias a corto plazo y afecta negativamente los resultados a largo plazo para las poblaciones marginadas y las personas en situaciones de vulnerabilidad, retrasando significativamente el desarrollo obtenido con esfuerzo, magnificando las desigualdades y agravando los riesgos. Entre los más afectados se encuentran los más de 80 millones de personas en todo el mundo, de las cuales aproximadamente la mitad son mujeres y niñas, que han sido desplazadas a la fuerza por factores como persecución, conflicto, violencia generalizada o violaciones a los derechos humanos.¹

La mayoría de las personas desplazadas por la fuerza viven en países de escasos recursos, con débiles sistemas de protección social y de salud pública, y cuyas economías se han visto gravemente afectadas por la pandemia.² Sin embargo, hasta la fecha, se han realizado pocas investigaciones sobre las formas únicas en que esto afecta a las mujeres y niñas en movilidad humana.³ Esto ocurre a pesar de las predicciones sobre los impactos significativos en el acceso y uso de los servicios básicos de salud (incluida la salud sexual y reproductiva SSR) y de protección general, así como el aumento en la prevalencia y riesgo de violencia de género (VG).

En base a sus respuestas humanitarias y de desarrollo centradas en el género CARE llevó a cabo nuevas investigaciones en Afganistán, Ecuador y Turquía, entre abril y mayo de 2021, para comprender de mejor forma cómo el COVID-19 afecta la salud y la protección de mujeres y niñas en movilidad humana. Los tres países representan diferentes tipos de desplazamiento forzado en múltiples regiones: personas desplazadas internamente (PDI) y refugiados retornados en Afganistán; migrantes y refugiados recientes en Ecuador debido a la crisis venezolana; y refugiados sirios a largo plazo que viven bajo protección internacional temporal en Turquía. Los datos primarios recopilados para esta investigación incluyeron más de 1,000 encuestas realizadas a mujeres en movilidad humana y de las comunidades de acogida, para permitir la comparación; 31 grupos focales (GF) con mujeres y niñas adolescentes y 45 entrevistas con informantes clave (EIC), incluidos actores gubernamentales, proveedores de

¹ Estadísticas de la ACNUR. Disponible en <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/> (consultado por última vez el 20 de mayo de 2021)

² ACNUR, *COVID-19 Supplementary Appeal*, diciembre de 2020. Disponible en <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/COVID-19%20Supplementary%20Appeal%202021%20-%2018%20December%202020.pdf> Ver también ACNUR, "UNHCR's Global COVID-19 Needs", febrero de 2021. Disponible en <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20COVID-19%20appeal%202%20pager%20-%2017%20February%202021.pdf>

³ Para los propósitos de este informe, CARE utiliza el término "en movilidad humana" para referirse a diferentes personas afectadas por el desplazamiento forzado, incluidas las personas desplazadas internamente (PDI), solicitantes de asilo, refugiados, migrantes y refugiados retornados.

servicios de salud y protección, organizaciones humanitarias y personal de CARE.

HALLAZGOS CLAVE E IMPLICACIONES

Acceso y uso de los servicios de salud: desde el inicio de la pandemia, la mitad de las mujeres en movilidad humana en Afganistán, Ecuador y Turquía han tenido acceso limitado o no han podido acceder a chequeos médicos regulares y otros servicios básicos de salud. En Afganistán, el 48% de las mujeres desplazadas internamente y refugiadas retornadas respondieron tener “menos acceso” o que “solían tener acceso, pero ya no” a los servicios básicos de salud durante el COVID-19, frente al 43% en Ecuador y el 24% en Turquía. Es probable que esto haya estado ocurriendo durante más de un año, desde el inicio de las primeras oleadas de COVID-19 en cada país, en marzo de 2020.

Si bien la pandemia ha tenido un impacto en el acceso a la atención médica en todo el mundo, la investigación reciente, preparada para este informe, demuestra que está agravando los problemas de acceso anteriores y, por lo tanto, es probable que empeore los resultados de salud de las mujeres y las adolescentes en movilidad humana, sobre todo en comparación con las comunidades de acogida. Por ejemplo, en Turquía un 14% adicional de mujeres refugiadas sirias, frente a un 3% adicional de mujeres de la comunidad de acogida turca, informaron no tener acceso a servicios de salud antes del COVID-19 y que la falta de acceso continuó durante la pandemia, con desafíos preexistentes en torno al registro gubernamental, las barreras del idioma y la falta de recursos financieros para cubrir los servicios no gratuitos. En Afganistán, el 10% de las mujeres desplazadas internamente y refugiadas retornadas informaron de una falta previa y continuada de acceso a los servicios de salud, en comparación con el 4% de las mujeres de la comunidad de acogida. Los desplazados internos en asentamientos rurales enfrentan mayores barreras de acceso que los de asentamientos urbanos, pues no tienen servicios de atención médica disponibles en su área y debido a la necesidad de viajar largas distancias, agravado por el hecho de que muchas mujeres en todo Afganistán deban tener un familiar masculino acompañándolas al salir de casa. En Ecuador, mujeres en movilidad humana y refugiadas informaron que la discriminación y la xenofobia limitan su acceso a los servicios de salud, y que el COVID-19 ha agravado este problema. En los tres países, muchas mujeres en movilidad humana informaron a CARE que no utilizaron ningún servicio de salud disponible por temor de ser estigmatizadas y/o de contraer el virus.

Acceso y uso de los servicios de salud sexual y reproductiva: Desde el inicio de la pandemia, casi la mitad (46%) de las mujeres en movilidad humana en Afganistán, Ecuador y Turquía tuvieron menor o nulo acceso a la atención de maternidad segura. En Afganistán, el 51% de las mujeres desplazadas informaron tener “menos acceso” o que “solían tener acceso, pero ya no” desde el inicio de la pandemia; un 5% adicional informó que no haber tenido acceso previamente y que el asunto persiste. En Ecuador, el 31% de las mujeres reportaron tener menor o nulo acceso y un 16% adicional informaron no haber tenido acceso previo. En Turquía, el 17% de las mujeres informaron menor o nulo acceso durante el COVID-19 y un 20% adicional informó no haber tenido acceso previo.

Los hallazgos son similares en relación con el asesoramiento en planificación familiar y los servicios de SSR: el 46% de las mujeres en Afganistán, el 25% en Turquía y el 21% en Ecuador informaron tener menor o nulo acceso durante la pandemia. Esto tiene consecuencias inmediatas en la salud de las mujeres, incluidas madres e hijos, pero también en las comunidades en general. El COVID-19 puede mermar los importantes avances logrados respecto de la concienciación sobre salud sexual y reproductiva, el acceso y la utilización de servicios en Afganistán y Ecuador, mientras que estanca los avances en Turquía.

Impacto agravado de la crisis económica para las mujeres: las barreras de acceso a los servicios de salud, incluida la salud sexual y reproductiva, se ven agravadas por el grave impacto de la pandemia en los ingresos familiares y la capacidad de muchas personas de satisfacer sus necesidades básicas: el 67% de las mujeres en movilidad humana en Afganistán y el 70% en Turquía informaron que sus ingresos familiares disminuyeron durante la pandemia de COVID-19. Complementariamente, el 67% de las mujeres en movilidad humana / refugiadas en Ecuador dijeron que sus fuentes de ingresos se habían visto “severamente” afectadas. Los efectos económicos de la pandemia empujan a los hogares desfavorecidos hacia una pobreza más profunda y un punto de ruptura, reduciendo su capacidad de asumir gastos de atención médica y aumentando su inseguridad alimentaria. Por ejemplo, el 100% de las mujeres desplazadas internamente y refugiadas retornadas en Afganistán informaron que los hogares de su comunidad consumen alimentos menos costosos/menos predilectos, el 63% informó haber enviado a trabajar a niños menores de 18 años y el 67% informó haber reducido sus gastos en medicamentos, artículos de higiene y ropa. Las mujeres sienten la escasez de alimentos de manera aún más aguda, pues a menudo se les considera responsables de proporcionar y preparar los alimentos para la familia, lo que las expone a cargas adicionales de estrés.

Riesgo y prevalencia de la VG: según las mujeres en movilidad humana entrevistadas, el COVID-19 está aumentando los riesgos de ocurrencia de VG, incluida la violencia de pareja (VP) y el matrimonio infantil de niñas adolescentes. En los tres países, entre el 16% y el 39% de las mujeres en movilidad humana reportaron un aumento del riesgo de violencia y abuso de mujeres y niñas en sus comunidades. En Afganistán, la mayor parte de mujeres (aproximadamente 88%) dijeron que el desempleo masculino motivó el aumento. En los GF de los tres

países, las mujeres y las adolescentes se mostraron más abiertas para hablar sobre los riesgos de VG dentro de sus familias y hogares (es decir, violencia doméstica), en lugar de hablar sobre la ocurrencia generalizada de VG en sus comunidades. En promedio, más de la mitad de todas las mujeres en los tres países dijeron haber permanecido 10 o más días en casa durante los últimos 14 días, potencialmente atrapadas con sus abusadores y, a menudo, en inmuebles deficientes y superpoblados. Las madres y las adolescentes también mencionaron los largos períodos de aprendizaje en línea, que ocasionaron que muchas niñas (y niños) se enfrentaran a barreras para participar de la educación a distancia y que perdieran el espacio seguro proporcionado por las escuelas.

Exclusión y acceso a los servicios de respuesta ante VG: mayores riesgos y testimonios sobre una mayor prevalencia de la VG se suman al aumento de la percepción de exclusión de los servicios, pues casi la mitad (45% en promedio) de las mujeres en movilidad humana informaron sentirse más excluidas durante el COVID-19 que antes de la pandemia. Si bien la disponibilidad de servicios de prevención y respuesta ante la VG difiere entre países, la reducción en su acceso desde el inicio del COVID fue un tema común durante los grupos focales con mujeres en los tres países. El personal de protección de CARE informó que, durante la pandemia, en general ha sido más complicado acceder a las mujeres necesitadas y garantizar que puedan ser derivadas a los servicios médicos, psicológicos y legales apropiados.

Impacto agravado en la reducción del acceso al registro y la documentación civil: más de una cuarta parte de las mujeres en movilidad humana en los tres países (26% en promedio) reportaron mayores desafíos para acceder al registro y la documentación legal y civil, que son cruciales para que las personas desplazadas puedan tramitar su estancia legal y, a menudo, para acceder a servicios esenciales, como la atención médica. Específicamente, en Turquía, se requiere contar con un registro válido de refugiados para agendar citas en los servicios de salud públicos; En Ecuador, el registro y la documentación pueden ayudar a las mujeres y niñas en movilidad humana a menguar la discriminación y xenofobia que a menudo enfrentan los migrantes cuando intentan acceder a los servicios de salud pública.

RECOMENDACIONES CLAVE

La investigación de CARE confirma que las mujeres y niñas en movilidad humana han enfrentado y continúan enfrentando graves desafíos para su salud y protección en general. Los gobiernos nacionales y la comunidad internacional deben actuar urgentemente para garantizar que el COVID-19 y otros esfuerzos de respuesta humanitaria y recuperación sean sensibles al género, los dirijan mujeres y se centren en evitar que las mujeres y niñas en movilidad humana pierdan más terreno en su lucha por la igualdad de género.

- **Los gobiernos, los grupos / sectores liderados por la ONU, los actores del sector médico y las organizaciones humanitarias deben fortalecer la preparación ante emergencias de los sistemas de salud pública en los tres países, y en contextos de desplazamiento forzado en general.** Esto incluye coordinar las respuestas a la pandemia considerando los efectos que las emergencias tienen en el acceso a los servicios de salud, en particular para las mujeres y niñas en movilidad humana, y garantizar que todas las personas migrantes, especialmente mujeres y jóvenes, estén incluidas en los planes de vacunación nacional contra el COVID-19.
- **Las agencias gubernamentales, las autoridades locales y los actores humanitarios y de desarrollo deben priorizar la participación significativa de las mujeres en cargos de liderazgo y en las instancias de toma de decisión responsables de la prevención y respuesta ante el COVID-19, en todos los niveles.** Las mujeres y las adolescentes, incluidas aquellas en movilidad humana, deben ser consultadas para los esfuerzos de planificación y respuesta, además, deben recibir apoyo para liderar los esfuerzos que garanticen que las necesidades de las mujeres y las niñas en cada comunidad se aborden adecuadamente.
- **Los grupos / sectores de salud y todos los actores humanitarios y de desarrollo deben trabajar con los gobiernos para garantizar la continuidad de los servicios de salud esenciales, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva que salvan vidas,** de acuerdo con el Paquete Inicial Mínimo de Servicios de salud sexual y reproductiva (MISP por sus siglas en inglés)⁴, particularmente cuando los recursos de atención primaria de salud se desvíen para responder al COVID-19. Los actores deben trabajar de manera proactiva para garantizar que se satisfagan las necesidades únicas de SSR de diversas adolescentes y jóvenes, y los donantes deben financiar y priorizar las respuestas de SSR durante la pandemia.
- **Los actores del sector de la salud deben invertir y ampliar las modalidades de prestación de servicios que se adaptaron para abordar las restricciones de movilidad y las barreras de acceso, en particular para las mujeres y niñas en movilidad humana que enfrenten barreras de acceso preexistentes.** Estos pueden incluir el apoyo a la prestación de servicios de salud no basados en instalaciones (clínicas y farmacias móviles, etc.), el aprovechamiento de la tecnología para consultas y seguimientos, el fortalecimiento del sistema de derivación y

⁴ Para obtener más información, consulte los "Recursos sobre el Paquete Inicial Mínimo de Servicios (MISP)" del Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre salud reproductiva en situaciones de crisis. Disponible en <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-misp-resources>

sesiones remotas de tutoría y apoyo para trabajadores de la salud de primera línea.⁵ Se deben mantener las medidas adecuadas de prevención y control de infecciones.

- Los donantes deben incrementar significativamente la **inversión en soluciones duraderas ante el desplazamiento**, incluido el retorno voluntario en condiciones seguras y dignas, y con apoyo adecuado para la reintegración socioeconómica de mujeres y niñas.
- Los donantes deben financiar por completo tanto las necesidades básicas como el **desarrollo de la resiliencia transformadora de género** (opciones de medios de vida dignas, acceso a redes de apoyo, acceso a la educación, etc.) en situaciones de desplazamiento prolongadas y a largo plazo. Para hacerlo, es fundamental cubrir la brecha relativa a la disponibilidad de datos, en particular desglosados por sexo y edad de las PDI.
- **Los donantes deben aumentar la financiación para programas de prevención y respuesta ante la VG y exigir la integración de la mitigación del riesgo de VG en el diseño y la implementación del programa en todos los sectores**, dado el aumento de la prevalencia y los riesgos de VG. Ante los hallazgos relacionados con la violencia doméstica y la reducción de la seguridad en los hogares, se debe involucrar más a hombres y niños y crear conciencia a nivel del hogar, incluso a través de medios remotos, cuando sea necesario.
- **Los proveedores de servicios especializados en VG deben ampliar su programación y adaptar la prestación de servicios** para abordar el aumento de las necesidades, los desafíos de acceso que resultan de las regulaciones del COVID y las brechas en las vías de derivación y los servicios de respuesta ante VG centrados en las sobrevivientes. Se debe adaptar las respuestas para atender a las sobrevivientes de la VG de forma presencial cuando sea posible y a través de medios remotos cuando sea necesario, por ejemplo, mediante el uso de líneas directas, trabajando con personal de la comunidad y adaptando los procedimientos operativos estándar en el caso de seguimiento remoto.
- **Los socios humanitarios y de desarrollo deben defender ante los países de acogida la importancia de regularizar el estatus de las personas desplazadas**, incluidas las mujeres y las adolescentes, para apoyar su acceso a los servicios esenciales, como la atención médica, durante la pandemia. Así mismo, todos los actores deben trabajar con las autoridades gubernamentales para garantizar la continuidad del registro, la emisión y el conocimiento sobre la documentación legal y civil durante la pandemia. Los donantes pueden incentivarlo través de proyectos de impacto rápido que brinden apoyo técnico y financiero para adaptar los sistemas y aumentar la capacidad de las autoridades para brindar servicios durante la pandemia.
- **Los donantes deben aumentar el volumen y la calidad (más predecible, plurianual, menos reservado y más flexible) de los aportes para los socorristas de primera línea**, incluidos y de la forma más directa posible para organizaciones dirigidas por mujeres y que defienden los derechos de las mujeres, así como lideradas por refugiados y PDI. El financiamiento de emergencia es imperativo para permitir respuestas oportunas y basadas en evidencia, en paralelo a la programación de resiliencia a largo plazo que eleva y mejora la experiencia de las mujeres y niñas en movilidad humana, de los actores locales y de los gobiernos, para así evitar un mayor deterioro de los derechos de las mujeres y las niñas y apoyar resultados con equidad de género.
- **Los donantes deben financiar y todos los actores deben ampliar el uso de asistencia en efectivo y con cupones (CVA por sus siglas en inglés) para mejorar los resultados de salud y protección de mujeres y niñas en movilidad humana**, tomando como base la investigación previa de CARE sobre la aplicación de CVA en entornos humanitarios, incluido lo aprendido en Ecuador durante la pandemia.⁶ La CVA puede ser una herramienta vital para aumentar el acceso a los servicios de SSR y para la prevención y respuesta a la VG, así como para ayudar a cubrir las necesidades básicas de mujeres y adolescentes.

⁵ Para obtener más información, consulte las "Herramientas de mapeo del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y su adaptación para la preparación y respuesta a la COVID-19, otras pandemias y brotes importantes" del IAWG, septiembre de 2019. Disponible en <https://iawg.net/resources/toolkit-for-mapping-of-the-misp-for-srh-and-its-adaptation-for-preparedness-and-response-to-covid-19-and-other-pandemics-and-major-outbreaks>

⁶ CARE, *Programas de Transferencias Monetarias para Salud Sexual y Reproductiva. Aprendizajes de Ecuador, Colombia, Líbano y Somalia*, marzo 2021. Disponible en <https://careevaluations.org/evaluation/cash-and-voucher-assistance-for-sexual-reproductive-health-and-rights-learnings-from-ecuador-colombia-lebanon-and-somalia/>; y CARE, *Utilización de transferencias monetarias para la gestión de casos de violencia de género en apoyo de las poblaciones afectadas por crisis en Ecuador: Informe de aprendizaje*, diciembre de 2019. Disponible en <https://www.careevaluations.org/evaluation/utilizing-cash-and-voucher-assistance-within-gender-based-violence-case-management-to-support-crisis-affected-populations-in-ecuador-learning-brief/>

Acrónimos

COVID-19	Enfermedad de Coronavirus
CVA	Asistencia en Cupones y Efectivo por sus siglas en inglés (Cash and Voucher Assistance)
GF	Grupo Focal
VG	Violencia basada en Género
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
PDI	Persona Desplazada Internamente
VP	Violencia de pareja
EIC	Entrevista con informante clave
(PSIM) MISP	Paquete de Servicios Iniciales Mínimos
ONG	Organización no gubernamental
ARG	Análisis Rápido de Género
SARS-CoV-2	Nuevo Coronavirus
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
ITS	Infección Transmitida Sexualmente
DITP	Documento de Identidad Temporal de Protección
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ACNUR	Agencia de la ONU para los Refugiados
OMS	Organización Mundial de la Salud



© Mary Kate MacIsaac/CARE

Introducción

Más de un año después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara una pandemia, en marzo de 2020, el nuevo coronavirus, SARS-CoV-2, continúa causando impactos globales sin precedentes. Muchos países además de lidiar con la emergencia de salud pública inmediata creada por la rápida y continua propagación de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) también deben enfrentar la falta de disponibilidad, acceso equitativo y distribución de vacunas, particularmente en el Sur Global.

IMPLICACIONES DEL COVID-19 EN CUANTO AL GÉNERO

Las emergencias de salud pública afectan de manera diferente a mujeres, niñas, niños, hombres y personas de todos los géneros. A medida que la crisis global ha evolucionado, CARE ha trabajado para comprender las implicaciones de género de la pandemia, incluso adaptando su [conjunto de herramientas de Análisis Rápido de Género \(ARG\)](#) para implementar un [ARG Global sobre COVID-19](#) y [realizando ARGs en 64 países](#). Desde 2015, CARE ha dirigido 57 proyectos, en 20 países, para combatir la propagación de epidemias como el cólera, el ébola y el zika. El trabajo de CARE en estas respuestas, las lecciones aprendidas de emergencias de salud pública pasadas y los ARG realizados desde el inicio de la pandemia muestran que el impacto del COVID-19 en contextos de escasos recursos y entornos humanitarios frágiles está afectando de manera desproporcionada a mujeres y niñas en prácticamente todos los aspectos de sus vidas, en particular su salud y protección.⁷ En emergencias de salud pública anteriores, los gobiernos y los actores de la atención de la salud han desviado recursos de los servicios de salud de rutina hacia la contención y la respuesta al brote o la epidemia, lo que limita el acceso ya limitado a los servicios de salud sexual y reproductiva, tales como partos limpios y seguros, anticonceptivos y cuidados natales pre y posparto para mujeres y niñas adolescentes.⁸ Las experiencias previas, incluida la epidemia de Ébola en África occidental, demuestran que a medida que el acceso a servicios críticos, incluida la planificación familiar y la

⁷ CARE, “Gender Implications of COVID-10 Outbreaks in Development and Humanitarian Settings”, marzo 2020. Disponible en <https://insights.careinternational.org.uk/publications/gender-implications-of-covid-19-outbreaks-in-development-and-humanitarian-settings>

⁸ Gender in Humanitarian Action (GiHA), “The COVID-19 Outbreak and Gender” (fecha desconocida). Disponible en <https://gbvaor.net/sites/default/files/2020-03/GiHA%20WG%20advocacy%20%20brief%20final%5B4%5D.pdf>

atención de la salud materna, se encuentre restringido o de plano abandonado, el total de muertes por otros problemas de salud puede superar en número a las muertes directas por la propia epidemia.⁹

Durante tiempos de crisis, la prevalencia de la violencia de género aumenta debido a los múltiples factores de riesgo creados por las propias emergencias, así como debido al efecto de la crisis sobre las desigualdades de género preexistentes dentro de los hogares, las comunidades y las sociedades.¹⁰ La violencia doméstica puede ser el tipo más común de violencia que las mujeres y las niñas experimentan durante las emergencias,¹¹ particularmente donde las restricciones de movimiento, incluidas las medidas de aislamiento como las relativas al COVID-19 pueden retener a las mujeres y las niñas con sus abusadores.¹² Sin embargo, en un momento en que muchas mujeres y niñas necesitan más servicios de VG la evidencia sugiere que esos servicios probablemente disminuirán a medida que los recursos se desvíen a la respuesta a la crisis de salud y / o que el acceso a los servicios disponibles se vuelva más difícil debido a las restricciones de movimiento.¹³

DESPLAZAMIENTO FORZADO Y COVID-19

Más de un año después de la pandemia, crece la evidencia de su impacto en las necesidades humanitarias inmediatas y los resultados a más largo plazo para las personas en situaciones vulnerables y poblaciones marginadas, lo que hace retroceder significativamente los logros obtenidos con esfuerzo y magnifica las desigualdades. Como parte de su [Iniciativa Women Respond](#), CARE ha recopilado historias de cómo el virus y la forma en que las sociedades han respondido a él han empujado a personas ya marginadas a una vulnerabilidad y un riesgo mayores.

Entre los más vulnerables tanto a la emergencia sanitaria causada por el COVID-19 como a la crisis socioeconómica paralela se encuentran los más de 80 millones de personas en todo el mundo afectadas por el desplazamiento forzado, aproximadamente la mitad de las cuales son mujeres y niñas.¹⁴ La mayoría de las personas desplazadas por la fuerza viven en países de escasos recursos con sistemas de salud pública y protección social débiles, y economías que no pueden hacer frente a las enormes presiones generadas por el COVID-19. La Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR) advirtió que las medidas de contención del COVID-19 han afectado de manera desproporcionada a los refugiados y a las personas forzadas a migrar, empujándolos más hacia la pobreza, reduciendo los ingresos y las oportunidades laborales para quienes trabajan en la economía informal y limitando su capacidad para acceder soluciones para enfrentar sus dificultades.¹⁵

A pesar de todo lo aquí descrito, hasta la fecha solo se han realizado limitadas investigaciones sobre las formas únicas en que las mujeres y las niñas en movilidad humana se ven afectadas por la pandemia o cómo los proveedores de servicios pueden adaptar de manera significativa su programación para abordar las nuevas y diferentes vulnerabilidades, así como las necesidades y riesgos que enfrentan las mujeres y niñas. Colocando el género en el centro de sus respuestas humanitarias y de desarrollo, CARE llevó a cabo una nueva investigación en Afganistán, Ecuador y Turquía entre abril y mayo de 2021 para comprender mejor cómo el COVID-19 está afectando la salud y la protección de mujeres y niñas en movilidad humana. Los tres países representan diferentes tipos de desplazamiento forzado en múltiples regiones: desplazados internos y refugiados retornados en Afganistán; migrantes y refugiados más recientes debido a la crisis venezolana en Ecuador; y refugiados sirios a más largo plazo que viven bajo protección internacional temporal en Turquía. CARE eligió la salud y la protección como temas específicos, dado el aprendizaje pasado sobre cómo sus resultados y el acceso y la utilización de los servicios se ven particularmente afectados durante las emergencias de salud pública y debido a las vulnerabilidades preexistentes que experimentan las mujeres y niñas en movilidad humana en relación a la salud y a la protección.

⁹ CARE, *COVID-19 Adaptation & Response Strategy (May to December 2020)*, mayo 2020

¹⁰ CARE, *Gender-Based Violence and COVID-19: The Complexities of Responding to the Shadow Pandemic*, mayo 2020. Disponible en <https://insights.careinternational.org.uk/publications/gender-based-violence-and-covid-19-the-complexities-of-responding-to-the-shadow-pandemic>; y CARE, "A Framework for addressing Gender-Based Violence in Emergencies", abril 2019. Disponible en

https://insights.careinternational.org.uk/images/in-practice/GBV/GBV_CARE-Framework-and-ToC-for-Addressing-GBViE_final_10042019.pdf

¹¹ Comité Internacional de Rescate (IRC), *Private Violence, Public Concern*, enero 2015. Disponible en

<https://www.rescue.org/sites/default/files/document/564/ircpvpcfinalen.pdf>

¹² Naciones Unidas (ONU), *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women*, abril 2020. Disponible en <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406>

¹³ CARE, "Gender Implications of COVID-19 Outbreaks in Development and Humanitarian Settings", marzo 2020. Disponible en <https://insights.careinternational.org.uk/publications/gender-implications-of-covid-19-outbreaks-in-development-and-humanitarian-settings>

¹⁴ Estadísticas de la ACNUR. Disponible en <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/> (consultado por última vez el 20 de mayo de 2021)

¹⁵ ACNUR, *COVID-19 Supplementary Appeal*, December 2020. Disponible en <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/COVID-19%20Supplementary%20Appeal%202021%20-%2018%20December%202020.pdf>; y ACNUR, "UNHCR's Global COVID-19 Needs", febrero 2021.

Disponible en <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20COVID-19%20appeal%20%20pager%20-%2017%20February%202021.pdf>

AFGANISTÁN

Después de 40 años de guerra, desastres naturales recurrentes y crisis, las necesidades humanitarias no muestran signos de disminuir y la pobreza está profundamente arraigada en este país. Hay más de 3,5 millones de desplazados internos a raíz de conflictos y desastres en Afganistán, con unas 97.000 personas desplazadas recientemente en 2021 debido a que el conflicto en curso, el deterioro de la situación de seguridad y las condiciones similares a la sequía en algunas partes del país vuelven a sacar a las personas de sus hogares y a dejar a las personas en necesidad de apoyo vital. Desde que comenzó la pandemia de COVID-19, un número récord de refugiados afganos indocumentados (alrededor de 824.000 personas) habían regresado de Irán y Pakistán en noviembre de 2020. Los retornos continuaron en 2021, y ACNUR registró más de 103.000 refugiados afganos indocumentados retornados en marzo.

En mayo de 2021, había más de 64.000 casos confirmados de COVID-19 y 2.700 muertes en Afganistán, aunque es probable que la verdadera escala de la pandemia sea significativamente mayor. El ARG 2020 de CARE Afganistán señaló el impacto significativo de las medidas de contención del COVID-19 en la situación socioeconómica del país, la incapacidad del débil sistema de salud para hacer frente a la respuesta pandémica y el impacto del COVID-19 en la entrega de asistencia humanitaria. Se proyecta que 18,4 millones de personas necesitarán ayuda humanitaria en 2021, más de dos tercios de las cuales se prevé que tengan una necesidad "catastrófica" o "extrema". COVID-19 ha tenido consecuencias significativas en los ingresos y, combinado con el conflicto en curso, la inseguridad alimentaria está ahora a la par con la sequía de 2018-2019. Como resultado, Afganistán tiene el segundo mayor número de personas que experimentan inseguridad alimentaria de emergencia en el mundo.¹

ECUADOR

A lo largo de 2020 y principios de 2021, Ecuador se encontraba en medio de una aguda crisis económica y política, agravada por la pandemia. La crisis venezolana también ha impactado significativamente a Ecuador, con más de 431.000 migrantes, refugiados y solicitantes de asilo venezolanos alojados en el país a abril de 2021. De estos, solo un estimado 8% ha recibido permisos de residencia o estadía regular y solo el 0.2% ha sido reconocidos como refugiados por el gobierno ecuatoriano. ACNUR estima que el 50% de todos los venezolanos en Ecuador viven actualmente en una situación migratoria irregular. En julio de 2019, el gobierno ecuatoriano introdujo nuevas medidas que dificultaron la entrada legal de venezolanos al país, empujando a más migrantes y refugiados a ingresar de manera irregular y haciéndolos más vulnerables a todas las formas de explotación, abuso, violencia, discriminación, contrabando, trata de personas y mecanismos de afrontamiento negativos. Estos cambios en la legislación también limitan el acceso de los migrantes y refugiados venezolanos a servicios sociales, salud, educación, protección y medios de vida sostenibles. En enero de 2021, el gobierno hizo retroceder aún más los derechos de los migrantes y refugiados, incluso ampliando los motivos de deportación en virtud de las revisiones de una ley anterior. A pesar de estos desafíos, el ACNUR estimó que entre 450 y 500 venezolanos ingresaban a Ecuador diariamente a través de caminos visibles durante las horas de trabajo en abril de 2021. El ACNUR también ha observado movimientos de población de venezolanos desde Ecuador a Colombia debido a la falta de medios de vida y a que muchas personas han agotado todas las formas de acceso a asistencia humanitaria.¹

A mayo de 2021, había más de 412.000 casos confirmados de COVID-19 y 19.000 muertes en Ecuador.¹ Los ARG de CARE, incluidos uno nacional y uno regional, demostraron el impacto multifacético del COVID-19 en las comunidades desplazadas y en las comunidades de acogida vulnerables. Migrantes y refugiados compiten por recursos muy escasos para acceder a servicios formales de empleo, vivienda, salud y educación. El 68% de los migrantes / refugiados que CARE encuestó a fines de 2020 no había recibido ningún tipo de asistencia humanitaria.

TURQUÍA

Durante los últimos seis años, Turquía ha acogido a la población de refugiados más grande del mundo con más de 3,6 millones de refugiados sirios bajo protección temporal y cerca de 330.000 refugiados y solicitantes de asilo de otras nacionalidades en 2021.¹ La gran mayoría de los refugiados sirios residen en áreas urbanas (98%), en viviendas compartidas o alquiladas y, en menor medida, en asentamientos temporales o informales. La alta concentración de refugiados sirios en los centros urbanos ha creado un desequilibrio entre la oferta y la demanda y muchos enfrentan dificultades para satisfacer sus necesidades básicas, acceder a oportunidades de empleo y generación de ingresos, y ampliar los servicios sociales ya gravados. Se estima que 1,8 millones de refugiados sirios (45%) viven por debajo del umbral de pobreza y la pobreza extrema es más común en los hogares encabezados por mujeres (10%) que en los hogares encabezados por hombres (4%).

En mayo de 2021, había más de 5,1 millones de casos confirmados de COVID-19 y 45.000 muertes en Turquía. Al momento de escribir este artículo, Turquía estaba lidiando con otra ola de infecciones y ha reintroducido las restricción de movimiento y otras para enfrentar al COVID-19. Las evaluaciones de CARE, incluida la Evaluación de impacto del COVID-19 y el ARG, demostraron el impacto del COVID-19 en la capacidad de los refugiados sirios para satisfacer sus necesidades básicas a medida que las oportunidades de generar ingresos y el trabajo informal se vieron aún más restringidas. El esquema de transferencia de efectivo multipropósito de la Red de Seguridad Social de Emergencia (ESSN por sus siglas en inglés), financiado por la Unión Europea, sigue siendo un salvavidas para muchos refugiados sirios en Turquía, en tanto evaluaciones recientes señalan que alrededor de uno de cada cinco hogares encabezados por mujeres no tenía otra fuente de ingresos que la ESSN o alguna otra forma de asistencia humanitaria.

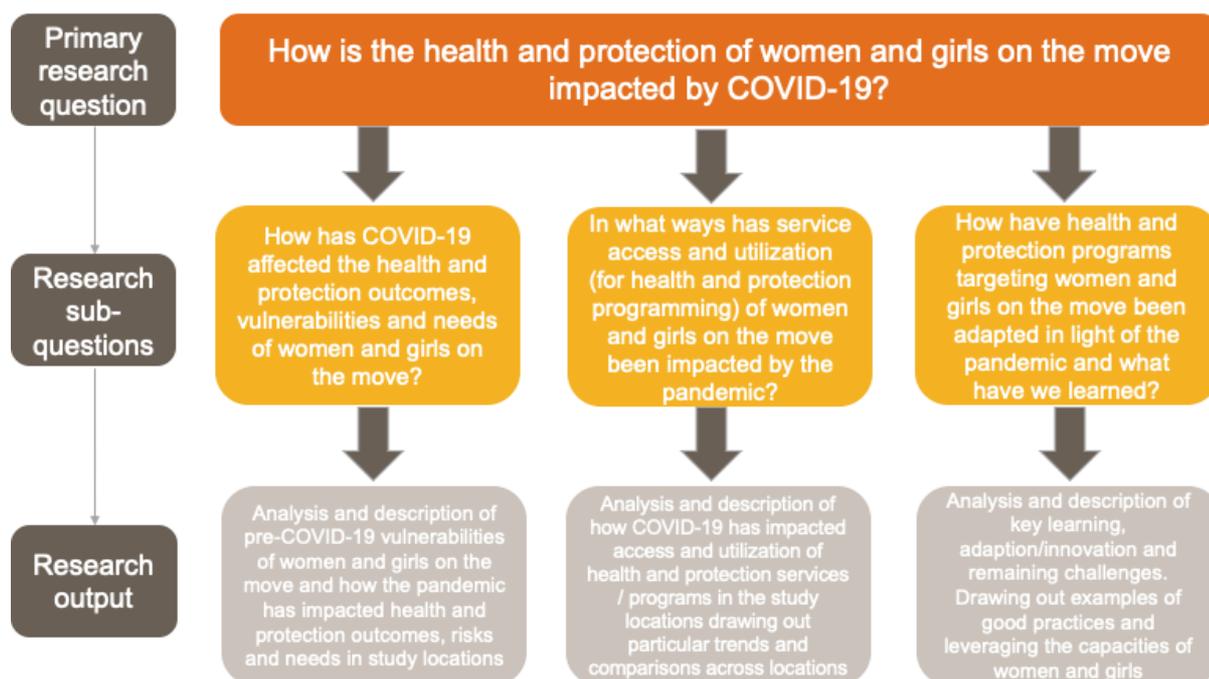


© Josh Estey/CARE

Metodología

CARE USA realizó una nueva investigación en abril y mayo de 2021 para examinar cómo COVID-19 ha afectado la salud y la protección de mujeres y niñas en movilidad humana, con el objetivo de informar la programación, las políticas y la investigación futura. Las áreas de enfoque de investigación de salud y protección fueron guiadas por otras investigaciones de CARE, de mayor amplitud, sobre género en emergencias y el enfoque y los aprendizajes de emergencias de salud pública anteriores.

LÓGICA DE INVESTIGACIÓN



RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PRIMARIA

La recopilación de datos primarios se llevó a cabo en colaboración con las oficinas de país de CARE en Afganistán, Ecuador y Turquía utilizando un enfoque de métodos mixtos que incluye encuestas, grupos focales (GF) y entrevistas con informantes clave (EIC).

PAÍS	CUANTITATIVO	CUALITATIVO
Afganistán 4 provincias (Kabul, Kandahar, Herat, Balkh, que incluyen locaciones tanto urbanas como rurales)	<ul style="list-style-type: none"> 88 encuestas con mujeres (72% PDIs/retornados) 89 encuestas con mujeres adolescentes (73% IPDIs/retornados) 	<ul style="list-style-type: none"> 24 GFs con mujeres adultas/adolescentes (221 participantes – PDIs y comunidades de acogida, sectores urbano y rural) 12 EIC con tomadores de decisiones externos 6 EIC con el personal de CARE
Ecuador 4 provincias (El Oro, Imbabura, Manabi, Pichincha – todas locaciones urbanas)	206 encuestas con mujeres en movilidad humana (refugiadas y migrantes)	<ul style="list-style-type: none"> 1 GF con mujeres (11 participantes) y 1 GF con mujeres adolescentes (13 participantes, de edades 13–17 años) 5 EIC con tomadores de decisiones externos 3 EIC y 1 GF (8 participantes) con miembros del personal de CARE
Turquía 3 provincias (Gaziantep, Kilis, Şanlıurfa – todas locaciones urbanas)	648 encuestas con mujeres (49% mujeres refugiadas sirias) * <i>*Subconjunto de una encuesta de hogares más amplia (de 1055 hogares), 53% de refugiados y 47% comunidad de acogida; 61% mujeres</i>	<ul style="list-style-type: none"> 5 GFs con mujeres refugiadas sirias (44 participantes, edades 18–24 años) 10 EIC con tomadores de decisiones externos 8 EIC con miembros del personal de CARE

LIMITACIONES

La información principal recopilada para esta investigación complementa y se basa en los datos recopilados por CARE en los tres países antes y durante la pandemia de COVID-19, incluidos los datos comparables existentes, utilizados para evitar la recopilación de nuevos datos (cuando resulta apropiado). Este fue el caso particular de Ecuador, donde ya se encontraban disponibles extensos datos cuantitativos y cualitativos. Eventualmente se referirán casos en que la ausencia de datos limita la posibilidad de comparar los diferentes índices entre los tres países, para que el lector pueda tomar nota de aquello.

CARE buscó encuestar a niñas y adolescentes (de 10 a 19 años de edad) para esta investigación, a fin de comprender mejor cómo la edad del encuestado se cruza con su género para determinar sus necesidades particulares. Por varias razones, incluidas las restricciones de movimiento de COVID-19, CARE solo pudo lograr esto en Afganistán. Sin embargo, CARE recopiló datos cualitativos complementarios con mujeres jóvenes sirias refugiadas (de 18 a 24 años) en Turquía, y niñas adolescentes migrantes y refugiadas (de 13 a 17 años) en Ecuador.

Por último, el alcance de la investigación requería centrarse en las partes interesadas, incluidos los socios humanitarios y los proveedores de servicios de salud y protección, como las organizaciones no gubernamentales (ONG) internacionales, nacionales y locales, las agencias de la ONU, los gobiernos nacionales y las autoridades locales. En total, CARE llevó a cabo 27 EIC con partes interesadas en los tres países, aunque en su mayoría provenían de socios locales / ONG, gobiernos nacionales, autoridades locales y ministerios competentes, incluidas las autoridades con responsabilidades hacia las mujeres, la salud pública y los refugiados / desplazados. Si bien CARE hizo preguntas a los socios sobre la adaptación del programa y el aprendizaje, en algunos casos hubo una falta de detalles suficientes para resaltar esta sub-pregunta de investigación en el informe. Para complementar esto, CARE realizó 19 EIC y GF con programas CARE y con el personal de campo para extraer adaptaciones, aprendizajes y buenas prácticas durante COVID-19. Los estudios de caso de este informe muestran cómo CARE ha adaptado la programación para responder a necesidades nuevas y crecientes.



© CARE

Impacto del COVID-19 en el Acceso a la Salud

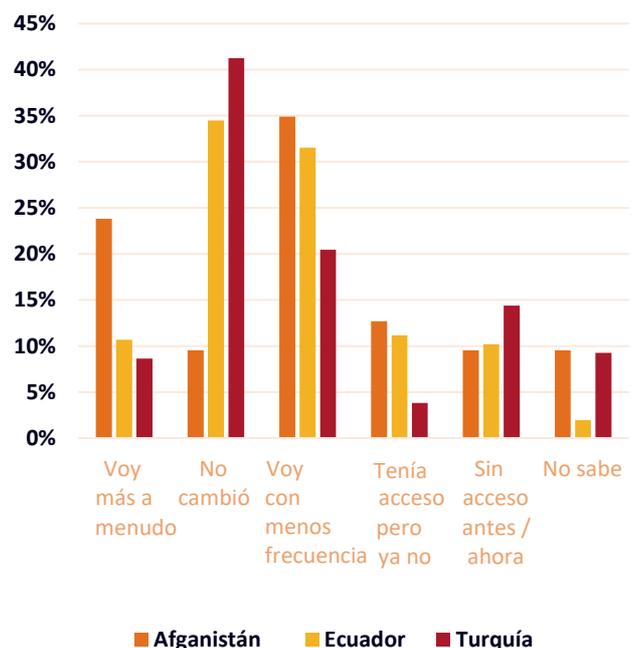
ACCESO Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SALUD DURANTE EL COVID-19

En los tres países, COVID-19 ha afectado significativamente el acceso y la utilización de los servicios de salud para las mujeres en movilidad humana.

Cerca de 4 de cada 10 mujeres en movilidad humana en Afganistán, Ecuador y Turquía (un promedio del 38%) informaron que "tienen menos acceso" o "solían tener acceso pero ya no pueden acceder" a controles médicos regulares y otros servicios de salud desde el comienzo de la pandemia (48% en Afganistán, 43% en Ecuador y 24% en Turquía). Es probable que las mujeres con menos o ningún acceso a los servicios de salud hayan estado en esa situación durante más de un año, dado el inicio de las primeras oleadas de COVID-19, en todo el mundo, en marzo de 2020.

Estas cifras son duras, en términos del impacto potencial en los resultados de salud de las mujeres en movilidad humana, pero son aún peores cuando se mira el acceso en general. En promedio, un 11% adicional de mujeres en movilidad humana en los tres países informaron que no habían tenido acceso a los servicios de salud antes de la pandemia y que aún no podían ir durante la pandemia (10% en Afganistán, 10% en Ecuador y 14% en Turquía). Los datos comparables entre las poblaciones desplazadas y de acogida en Afganistán y Turquía demuestran la mayor vulnerabilidad de las mujeres y niñas en movilidad

Impacto del COVID-19 en el acceso a los servicios de salud



■ Afganistán ■ Ecuador ■ Turquía

humana, y el efecto del COVID-19 como agravante de su ya limitado acceso a la atención médica.

Incluso antes de la pandemia, las comunidades desplazadas y de acogida en Afganistán enfrentaban desafíos importantes para acceder a una atención médica adecuada, dado que el sistema salud del país es débil y está sobrecargado.¹⁶ Normas culturales y limitaciones sobre la libertad de movimiento de las mujeres, incluida la práctica de que un familiar masculino acompañe a una mujer cuando sale de casa, ponen aún más a prueba la capacidad de las mujeres y las adolescentes para acceder a los servicios de salud.¹⁷ Los desplazados internos, en particular los que viven en asentamientos rurales informales, son quienes tienen desafíos de acceso más importantes. El 21% de las mujeres desplazadas en zonas rurales informaron que no tenían acceso a la atención médica previo a la pandemia y el 52% informó que tenían menos acceso, o que ya no podían acceder a la atención médica durante el COVID-19. Esto significa que un asombroso 73% de las mujeres desplazadas en zonas rurales ha tenido menos o ningún acceso a los servicios de salud durante la pandemia. En Afganistán, el único país donde se recopilaban datos de encuestas entre niñas adolescentes, el 43% de las adolescentes desplazadas internamente informaron que ahora tenían menos o ningún acceso a exámenes médicos y otros servicios de salud (un poco menos que el 48% encontrado para las mujeres en movilidad humana en Afganistán), y el 12% no tenía acceso previo (en comparación con el 10% de las mujeres).

“El mayor desafío en nuestra comunidad es que todavía no tenemos clínicas de salud. Para recibir tratamiento, acudimos a clínicas móviles que rara vez van a nuestro pueblo. Necesitamos una clínica de salud a nivel de nuestra aldea.”

Mujer desplazada interna del sector rural, residente de la provincial de Balkh, Afganistán

Las EIC con funcionarios de salud del gobierno en las provincias de Balkh, Herat, Kabul y Kandahar confirmaron que los sistemas de salud en todo el país, además de no poder brindar servicios adecuados en ubicaciones rurales, tampoco pueden hacer frente a la carga adicional creada por COVID-19.

En Ecuador, el acceso a la atención de la salud está determinado por factores de género y es variable para las mujeres en movilidad humana. Un estudio anterior realizado por CARE encontró que el 88% de las mujeres migrantes y refugiadas que informaron que necesitaban atención médica no podían acceder a ella.¹⁸ Las barreras incluían la falta de dinero para cubrir los costos de atención o medicamentos; discriminación y xenofobia (incluido el personal sanitario que se niega a prestar servicios); falta de documentación; y falta de información sobre cómo acceder a los servicios médicos. En los datos recopilados para esta investigación, el 43% de las mujeres migrantes y refugiadas dijeron que durante el COVID-19 accedieron a los servicios de salud con menos frecuencia o ya no pudieron acceder a los servicios previamente disponibles, lo que demuestra el impacto significativo de la pandemia en el acceso ya limitado a los servicios de salud.

Las EIC con socios locales en Ecuador confirmaron que la pandemia está desafiando las capacidades del sistema de salud. Un socio que dirige un centro de salud señaló que, durante la pandemia, están recibiendo referencias de los centros de salud pública con más frecuencia y que esto está ejerciendo una mayor presión sobre los servicios y ha generado un impacto perjudicial en las tasas de morbilidad y mortalidad. Cuando se les preguntó si las poblaciones

“Mi hija estaba enferma, le dio fiebre, estaba inconsciente y tuve que llevarla al hospital. Ella tuvo acceso (a los servicios de salud) gracias a que su padre es ecuatoriano pero luego tuve problemas cuando nos cambiamos de hospital porque ella es extranjera y no la querían recibir porque no tenía código de extranjero. Pasé por un momento muy difícil.”

Madre venezolana migrante en Ecuador

¹⁶ CARE Afganistán, *Rapid Gender Analysis COVID-19*, julio 2020. Disponible en <https://www.careevaluations.org/evaluation/afghanistan-covid-19-rga-july-2020/>

¹⁷ Oxfam, “A New Scourge to Afghan Women: COVID-19 Briefing Note”, abril 2020. Disponible en <https://asia.oxfam.org/latest/policy-paper/new-scourge-afghan-women-covid-19>

¹⁸ CARE, *An unequal Emergency: CARE Rapid Gender Analysis of the Refugee and Migrant Crisis in Colombia, Ecuador, Peru and Venezuela*, junio 2020. Disponible en <https://www.care.org.ec/project/an-unequal-emergency-care-rapid-gender-analysis-of-the-refugee-and-migrant-crisis-in-colombia-ecuador-peru-and-venezuela/>

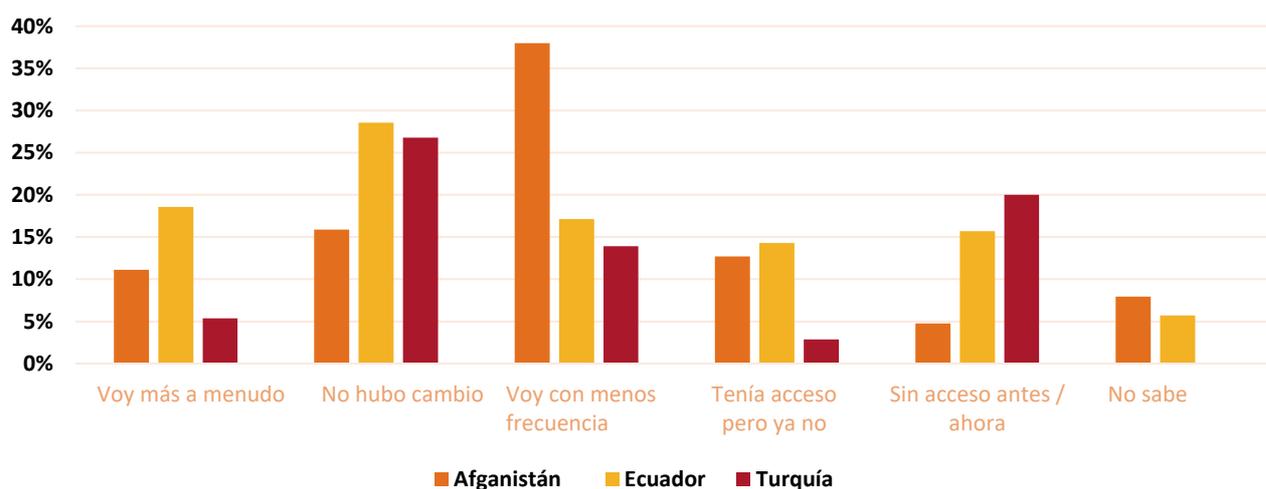
de migrantes y refugiados estaban incluidas en los planes de respuesta del gobierno, los socios le dijeron a CARE que los planes del gobierno aún se estaban desarrollando. En algunos lugares, se incluye a los migrantes de edad avanzada en los planes de respuesta; en otros, los socios señalaron que son las organizaciones humanitarias como CARE las que principalmente responden a las necesidades de las poblaciones de migrantes y refugiados.

En Turquía, más mujeres de la comunidad de acogida (43%) que mujeres refugiadas sirias (24%) informaron haber accedido a menos o a ningún servicios de salud. Sin embargo, esto debe contextualizarse: el 14% de las mujeres refugiadas informaron que no tenían acceso a los servicios de atención médica previo a la pandemia, en comparación con el 3% de las mujeres de la comunidad de acogida. Esto indica que, antes de la aparición del COVID-19, muchas mujeres refugiadas enfrentaron mayores desafíos para acceder a los servicios de salud que las mujeres turcas. En general, los refugiados sirios con protección internacional temporal pueden acceder al sistema de salud pública turco. Sin embargo, las mujeres refugiadas informaron que la falta de un Documento de Identidad de Protección Temporal (DIPT) (registro gubernamental de refugiados), las barreras del idioma y los recursos financieros para pagar los servicios en los establecimientos de salud fueron algunas de las barreras que les impidieron acceder a los servicios de salud antes de la pandemia.¹⁹

ACCESO Y UTILIZACIÓN DE SERVICIO DE SSR DURANTE EL COVID 19

Los resultados de la investigación, en los tres países, demostraron impactos significativos y peligrosos en cuanto al acceso a los servicios de SSR para las mujeres en movilidad humana durante el COVID-19.

Impacto del COVID-19 en el acceso a cuidados y servicios de maternidad



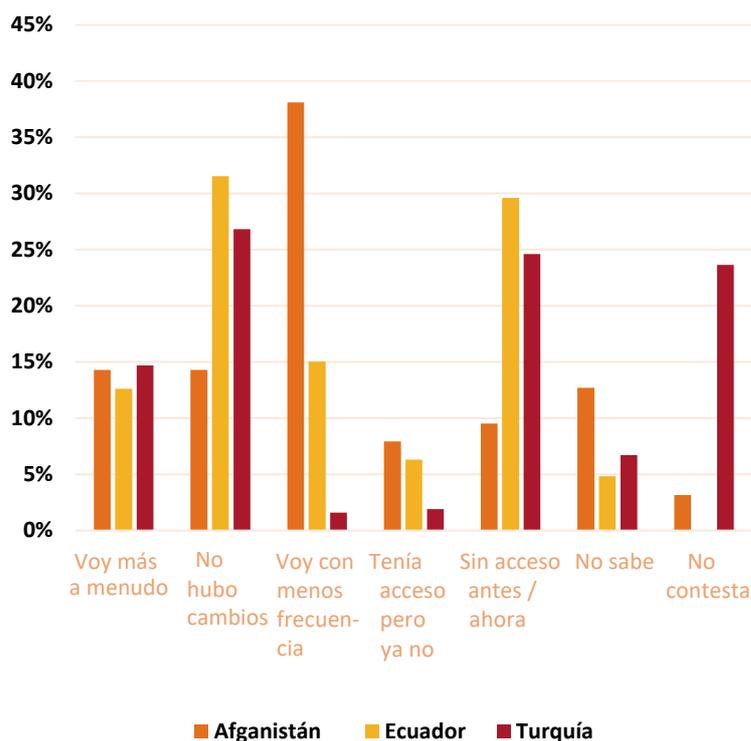
En promedio, un tercio de las mujeres informaron que van con menos frecuencia o ya no tienen acceso a la atención de maternidad segura. Las mujeres y niñas informaron peores impactos en Afganistán (51%) y Ecuador (31%) en comparación con Turquía (17%). Al igual que con los datos generales de salud, estas cifras deben considerarse en términos de acceso total, con un 20% adicional de mujeres en Turquía, un 16% en Ecuador y un 5% en Afganistán que informan que no tenían acceso a la atención de maternidad antes del COVID-19 y que todavía no pudieron acceder a la atención de maternidad durante la pandemia.

En términos de consejería en planificación familiar y servicios de SSR en general, el 46% de las mujeres en Afganistán, el 21% en Ecuador y el 4% en Turquía informaron tener menos o ningún acceso en el momento de la recopilación de datos. Los datos de Turquía deben leerse considerando tanto el alto número de mujeres que informaron no tener acceso antes de la pandemia y que aún no pudieron acceder a los servicios de SSR durante la pandemia (25%), así como una alta proporción de mujeres que optaron por no responder (24%).

¹⁹ CARE Turquía, *Rapid Gender Analysis MENA – Turkey Program*, abril 2020

Entre los tres países, las mujeres en movilidad humana en Afganistán informaron los cambios más significativos en cuanto al acceso a servicios de SSR durante el COVID-19; el 51% informó que tuvo menos o ningún acceso a la atención de maternidad segura y el 41% informó que tuvo menos o ningún acceso a la planificación familiar y servicios de SSR en general. Entre las adolescentes en movilidad humana en Afganistán, la tendencia es ligeramente más baja, con un 17% que informa que ahora tiene menos o ningún acceso a los servicios de SSR, aunque esta cifra debe tenerse en cuenta considerando el hecho de que el 34% de las adolescentes optaron por no responder a esta pregunta. En general, las PDI y refugiadas retornadas informaron cambios negativos en su acceso a la atención de maternidad segura y a los servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva durante la pandemia en una porción más significativa que las mujeres en las comunidades de acogida (51% en comparación con 40% para la atención de maternidad segura; 46% en comparación con 40% para planificación familiar). La falta de servicios de salud que funcionen adecuadamente y las largas distancias afectan el acceso de las mujeres a los servicios de maternidad y planificación familiar, particularmente en entornos rurales, y suscitan preocupaciones importantes debido a la posibilidad de que el COVID-19 pueda conducir a un aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Impacto del COVID-19 en el acceso a servicios de planificación familiar y SSR



En Kandahar, las mujeres afganas en los asentamientos de desplazados internos dijeron a CARE que ya no pueden acceder a los anticonceptivos, una revelación devastadora después de los avances logrados en torno a la consejería en planificación familiar en una cultura tradicional. En Balkh, las mujeres mencionaron que el COVID-19 las había dejado “alejadas de todo. Nos quedamos en nuestros hogares siempre y, por lo tanto, no podemos obtener información ni instrucciones sobre (SSR / planificación familiar)... No tenemos acceso a los centros de salud y la mayoría de las mujeres dan a luz en sus hogares.”

Mujeres desplazadas internas que viven en asentamientos informales en las provincias de Kandahar y Balkh, Afganistán

En Ecuador, el panorama fue levemente diferente: proporciones más altas de mujeres en movilidad humana (30%) reportaron problemas de acceso preexistentes en torno a la planificación familiar y los servicios de SSR en general. Estos desafíos han persistido desde el comienzo de la pandemia. Una encuesta de CARE Ecuador realizada en 2020 encontró que, si bien existe un conocimiento generalizado de los métodos anticonceptivos, solo el 53% de las mujeres migrantes y refugiadas pudieron acceder a los anticonceptivos.²⁰ Más mujeres de 18 a 24 años informaron tener menos o ningún acceso a la atención de maternidad segura (38%) durante COVID-19 en comparación a las mujeres de mayor edad (28%). Este acceso reducido está teniendo consecuencias devastadoras en relación con el embarazo no deseado en Ecuador, el país con la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en América del Sur.²¹ Una reciente investigación complementaria de CARE concluyó que los problemas con la provisión de servicios de SSR se agravan aún más para las migrantes y refugiadas.

²⁰ CARE, *An unequal Emergency: CARE Rapid Gender Analysis of the Refugee and Migrant Crisis in Colombia, Ecuador, Peru and Venezuela*, June 2020 Disponible en <https://www.care.org.ec/project/an-unequal-emergency-care-rapid-gender-analysis-of-the-refugee-and-migrant-crisis-in-colombia-ecuador-peru-and-venezuela/>

²¹ Ver: <https://elpais.com/sociedad/2021-04-29/el-constitucional-de-ecuador-despenaliza-el-aborto-en-casos-de-violacion.html>.

En EIC anteriores, el gobierno y otros proveedores de servicios señalaron que las mujeres en movilidad desconocían sus derechos o los servicios disponibles y cómo acceder a ellos.²²

En Ecuador, una adolescente migrante le contó a CARE sobre sus frustraciones al tratar de acceder a consejería de SSR durante la pandemia y recibir como respuesta que debía hacer una cita. Cuando trató de concertar una cita por teléfono, le dijeron que no había cupo disponible y tenía que ir a otro centro. Las mujeres migrantes y refugiadas en Ecuador también hablaron sobre el acceso a los chequeos ginecológicos y la distribución de insumos anticonceptivos y al hecho de no poder pagar algunos medicamentos que antes estaban disponibles de forma gratuita y ahora deben pagarse.

Mujeres venezolanas migrantes / refugiadas y niñas adolescentes en Ecuador



© Josh Estey/CARE

²² CARE Ecuador, Proyecto Sin Fronteras – Evaluación inicial, diciembre 2020

Finalmente, en Turquía, mientras que solo el 4% de las mujeres refugiadas sirias informaron que durante el COVID-19 nunca accedieron a la planificación familiar y al asesoramiento o accedieron con menos frecuencia, una mayor proporción de mujeres informó que no tenían acceso a la planificación familiar ni al asesoramiento (25 %) y atención de maternidad segura (20%) antes de la pandemia. Sin embargo, a diferencia de los encuestados en Afganistán y Ecuador, el 24% y el 31% de las mujeres optaron por no responder estas dos preguntas, lo que podría indicar las sensibilidades culturales en torno a la planificación familiar y la SSR en el contexto sirio.

Con una alta proporción de mujeres refugiadas sirias y mujeres de la comunidad de acogida turca que no responden, es difícil determinar tendencias fiables en términos de situación de desplazamiento. Vale la pena señalar que los grupos focales realizados con jóvenes refugiadas sirias encontraron que antes de la pandemia los refugiados sirios en general no tenían acceso a los servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva, aparte de la atención de maternidad.

“El sufrimiento en el acceso a los servicios de salud en general es el mismo para los servicios [SSR]. Muchos sirios van a hospitales privados aunque el costo sea mayor, porque el tratamiento es mejor. En los hospitales, a veces se quejan de la cantidad de niños que están dando a luz las sirias y nos dicen que deberíamos hacer planificación familiar,”

Mujer refugiada siria de 21 años que vive en Gaziantep, Turquía

Estas cifras reflejan una realidad severa y, en Afganistán y Ecuador en particular, señalan una amenaza para importantes avances alcanzados en la concienciación sobre SSR, así como para el acceso y la utilización de los servicios de SSR que se están reduciendo como resultado de la pandemia. En Afganistán, Ecuador y Turquía, las EIC con una variedad de actores externos, incluidas las autoridades gubernamentales y los proveedores de servicios de salud, confirmaron que la provisión de servicios de SSR ha disminuido debido a la prioridad dada a la respuesta de salud ante COVID-19. Otros se hacen eco de estos hallazgos, y una organización regional en las Américas señaló que COVID-19 podría borrar más de 20 años de progreso en la reducción de la mortalidad materna y el aumento del acceso a la planificación familiar.²³

²³ Organización Panamericana de la Salud (OPS), ‘COVID-19 ocasiona impactos “devastadores” en las mujeres, afirma la Directora de la OPS’, 26 de mayo 2021. Disponible en <https://www.paho.org/es/noticias/26-5-2021-covid-19-ocasiona-impactos-devastadores-mujeres-afirma-directora-ops>

EL IMPACTO ECONÓMICO: AGRAVANTE EN LOS RESULTADOS DE SALUD

Los efectos económicos de la pandemia están contribuyendo a peores resultados en materia de salud y seguridad alimentaria, en particular para las mujeres y las niñas en movilidad humana. Las poblaciones forzadas a migrar en todo el mundo, ya vulnerables a las crisis, en el contexto del COVID-19 están siendo empujadas a una pobreza más profunda. Se ven particularmente afectados aquellos que trabajan en la economía informal y cuyos ingresos, según el ACNUR, se proyecta que caerán en un 82% en los países donde se encuentran la mayoría de las personas forzosamente desplazadas.²⁴ Como resultado, los hogares desplazados en Afganistán, Ecuador y Turquía están recurriendo a mecanismos negativos para alcanzar la seguridad alimentaria y están reduciendo los gastos de atención médica en el hogar, lo que agrava el acceso (antes ya reducido) a la atención médica básica, como se describió anteriormente.

En Afganistán y Turquía, los datos recopilados para esta investigación muestran que el 67% y el 70% de las mujeres en movilidad humana, respectivamente, informaron una disminución en los ingresos familiares durante el COVID-19. En los datos complementarios disponibles para Ecuador, cuando se les preguntó a las mujeres migrantes / refugiadas sobre el grado en que la pandemia había interrumpido sus fuentes de ingresos actuales, el 67% respondió “completamente” y el 31% “parcialmente.”²⁵

“Nuestra principal preocupación es la escasez de alimentos... La gente no tiene nada que comer durante este tiempo y muchas veces tenemos que dormir con hambre... No hemos recibido apoyo de nadie.”

Mujer desplazada que vive en un asentamiento informal cerca de Kabul, Afganistán

“Una mujer también se ve afectada por la parte emocional porque tiene que hacer milagros con la comida y asegurarse de que sus hijos coman todos los días. Nosotras las mujeres tenemos la parte más difícil: debemos hacer que la comida alcance para toda la familia.”

Mujer migrante / refugiada venezolana de 55 años, en Ecuador

ADAPTACIÓN DEL PROGRAMA COVID-19 DE CARE - AFGANISTÁN

Durante los últimos seis años, Turquía ha acogido a los equipos de salud móviles de población de refugiados más grandes del mundo y en zonas de difícil acceso. Durante la pandemia, CARE se adaptó y se basó en su trabajo anterior de dos formas clave.

Con financiamiento del Fondo Humanitario de la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) en Afganistán, CARE reanudó durante el COVID-19 su respuesta de salud móvil en la provincia de Balkh. Esto fue importante dadas las barreras preexistentes para acceder a la atención médica básica que enfrentan los desplazados internos, los refugiados retornados y las comunidades de acogida vulnerables; barreras que se vieron agravadas por las restricciones de movimiento del COVID-19. Además de los servicios regulares, como atención prenatal y posnatal, planificación familiar y vacunaciones de rutina, el equipo de CARE incluyó actividades de respuesta al COVID-19, vigilancia (derivaciones) y concienciación a nivel comunitario. A través de sus tres equipos de salud móviles, CARE Afganistán llegó a más de 37,000 mujeres, niñas, hombres y niños vulnerables con atención médica básica y actividades de prevención y respuesta al COVID-19.

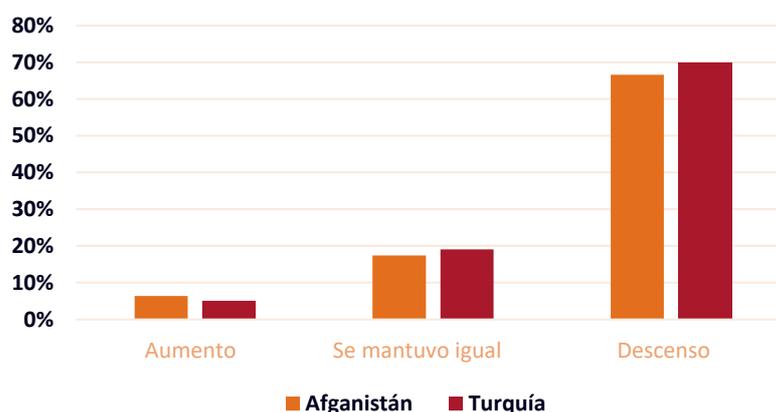
CARE también profundizó su enfoque de los servicios de salud basados en la comunidad, contratando trabajadores comunitarios de salud (TCS). Con más de 32 TCS en el campo, estas mujeres están continuamente creando conciencia sobre COVID-19 y brindando atención médica básica a las comunidades que de otra manera tendrían dificultades para acceder a los servicios. CARE también ha establecido shuras (consejos) de salud y Grupos de Acción de Salud Comunitaria (que constan de 12 a 15 mujeres) para apoyar aún más una respuesta basada en la comunidad, incluida la provisión de información y referencias.

²⁴ ACNUR, “UNHCR’s Global COVID-19 Needs”, febrero 2021. Disponible en <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20COVID-19%20appeal%20%20pager%20-%202017%20February%202021.pdf>

²⁵ CARE Ecuador, Seguimiento tras entrega de efectivo y alimentos, abril – diciembre 2020

En términos de capacidad para satisfacer las necesidades alimentarias, el 75% de las mujeres en movilidad humana en Afganistán y el 40% en Turquía informaron que la situación había empeorado durante la pandemia de COVID-19. En Ecuador, el 69% de las mujeres refugiadas y migrantes informaron a CARE que no tenían suficientes recursos para comprar alimentos durante el mes anterior.²⁶ Más de la mitad de las mujeres en Afganistán y el 11% en Turquía también informaron una capacidad reducida para satisfacer la necesidad de servicios de atención médica. Las mujeres informaron que para hacer frente a la reducción de ingresos que generó la pandemia, los hogares desplazados en sus comunidades adoptaron una serie de mecanismos de supervivencia negativos con respecto a la seguridad alimentaria, además de una estrategia de marcada austeridad y la venta de activos.

Cambios en los ingresos del hogar como resultado del COVID-19



ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO ADOPTADAS	AFGANISTÁN	TURQUÍA	ECUADOR*
Escoger alimentos menos costosos y menos preferidos	48%	36%	35%
Reducir el número de comidas consumidas al día	17%	15%	42%
Emplear /gastar ahorros	22%	16%	13%
Vender activos	13%	5%	16%

*Datos comparables para Ecuador recopilados durante el Monitoreo de POST distribución de alimentos y efectivo de CARE (abril - diciembre de 2020)

En Afganistán, el 55% de las desplazadas internas y las mujeres refugiadas retornadas informaron que pidieron prestados alimentos o dependieron de la ayuda de un amigo o familiar, el 40% compraron alimentos adquiriendo deudas y el 13% enviaron a trabajar a jóvenes menores de 18 años. En Turquía, el 44% de los refugiados sirios informó haberse endeudado con amigos y / o familiares y el 37% informó haberse endeudado con comerciantes. En Ecuador, el 54% de las mujeres migrantes / refugiadas informaron que intentaron seguir trabajando a pesar de las restricciones de cuarentena impuestas a raíz del COVID-19.

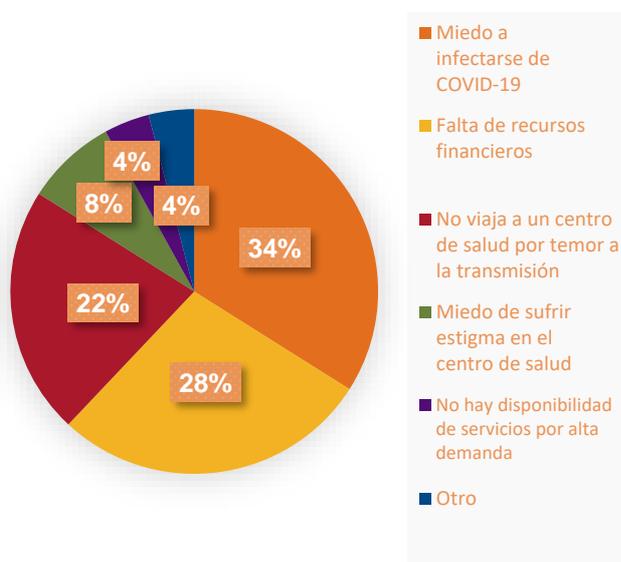
Estos mecanismos de supervivencia negativos están llevando a los hogares desplazados, en particular a las mujeres, al límite. Las mujeres sienten la escasez de alimentos de forma aguda, y es a las mujeres a quienes a menudo se les considera responsables de proporcionar y preparar los alimentos de la familia.

²⁶ Ibid.

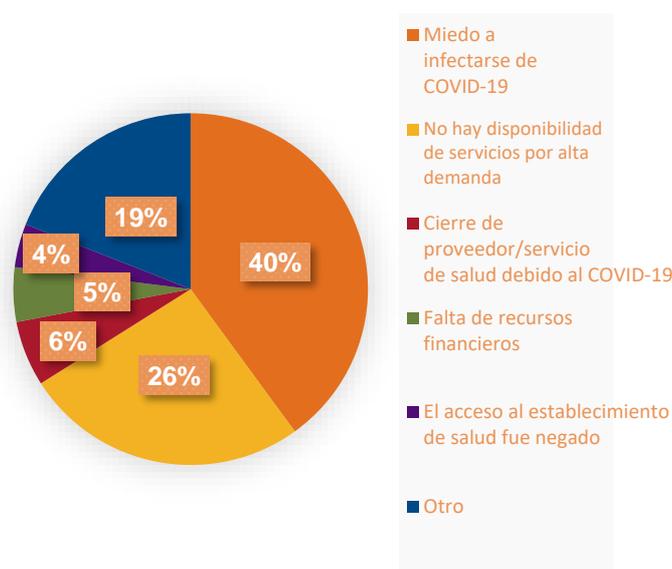
RAZONES PARA NO UTILIZAR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DURANTE EL COVID-19

CARE quería entender por qué las mujeres y las adolescentes en movilidad humana iban con menos frecuencia o ya no tenían acceso a los servicios de salud durante la pandemia. La investigación reveló que COVID-19 ha agravado los desafíos preexistentes, sobrecargado los servicios de salud y agotado los recursos financieros de mujeres y niñas para el cuidado de la salud. Además, el 40% de las mujeres en movilidad humana en Ecuador y el 34% en Afganistán informaron que el miedo a contraer COVID-19 les impedía utilizar los servicios de salud disponibles. En Afganistán, otro 22% de las mujeres mencionaron su temor de contraer COVID-19 si viajaban y otro 8% informó el temor al estigma asociado con las visitas a los establecimientos de salud como razones para no acceder a la atención médica. Esto sugiere que incluso si los servicios de atención médica estuvieran disponibles, se necesita más comunicación de riesgos y participación de la comunidad para que las mujeres se sientan seguras al acceder a los servicios durante la pandemia.

¿Cuál es la razón por la que no se puede acceder a la atención médica con tanta frecuencia como antes (Afganistán)?



¿Cuál es la razón por la que no se puede acceder a la atención médica con tanta frecuencia como antes (Ecuador)?



En Turquía, los miembros del equipo de investigación preguntaron por qué una persona no podía acceder a la asistencia médica si la necesitaba durante el COVID-19. Las mujeres refugiadas sirias tenían más probabilidades de informar que las medidas de contención y respuesta al COVID-19 estaban afectando su acceso a los servicios de salud que las mujeres en movilidad humana en los otros países. Las medidas de respuesta y contención incidieron en la imposibilidad de acceder a los servicios de salud porque el centro de salud / hospital más cercano había cerrado (18%); porque se dio prioridad a los casos de COVID-19 (17%); y porque el horario de la cita fue demasiado tarde (17%). Muchas mujeres refugiadas sirias informaron haber enfrentado problemas adicionales para acceder a la atención médica durante la pandemia debido al nuevo sistema de citas telefónicas instaurado para que los ciudadanos turcos y los refugiados registrados accedan a los hospitales públicos y los servicios de salud. Los refugiados sirios, los funcionarios gubernamentales y los representantes de ONG mencionaron los desafíos universales de acceder a las citas debido a la sobrecarga del sistema de salud y a la prioridad que se le da a los casos de COVID-19. Sin embargo, las mujeres refugiadas sirias mencionaron que el idioma agregó una barrera adicional, ya que el sistema está en turco, idioma que muchos refugiados sirios no hablan, y / o debido a la reducción del apoyo de traducción en los centros de salud desde el inicio del COVID-19. El requisito del gobierno turco de que los refugiados tengan un DITP válido para poder acceder al sistema y registrarse para una cita agregó otro impedimento para acceder a los servicios de salud.

“Solo vamos si es necesario, sobre todo porque ahora necesitamos concertar una cita por teléfono. Es un acceso en apariencia equitativo pero más fácil para los turcos porque hablan el idioma. Es un desafío para nosotros, los sirios, ya que también necesitamos traductores [cuando hablamos con los médicos].”

Mujer siria de 22 años, refugiada en Şanlıurfa, Turquía

ADAPTACIONES AL PROGRAMA DE COVID-19 DE CARE – ECUADOR

Antes de la pandemia de COVID-19, el sistema de salud pública no cubría toda la salud, especialmente los servicios de salud sexual y reproductiva, y los migrantes y refugiados enfrentaban barreras adicionales para acceder al sistema debido a la discriminación y la xenofobia.

Durante el COVID-19, las actividades de respuesta y prevención de SSR disponibles bajo la administración del gobierno se han detenido en gran medida; esto incluye programas destinados a disminuir o responder al embarazo adolescente, distribución de anticonceptivos y exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para trabajadoras sexuales. Para llenar esta brecha con las comunidades de migrantes y refugiados ya marginadas, CARE Ecuador intensificó sus esfuerzos de respuesta basándose en su experiencia previa durante la respuesta al Zika y su programación a largo plazo contra el VIH.

CARE se centró en la provisión del PSIM, la detección y distribución de anticonceptivos a hombres homosexuales y mujeres trans-género, y campañas de sensibilización y derechos de salud sexual y reproductiva. CARE también comenzó a brindar CVA a hogares de migrantes / refugiados y comunidades de acogida vulnerables, para ayudarlos a comprar anticonceptivos y acceder a servicios básicos de salud / SSR. Desde finales de 2019, CARE Ecuador, con dos organizaciones asociadas principales, ha implementado un programa de protección con un enfoque de gestión de casos que incluye vales para medicamentos y servicios de salud, principalmente SSR, en establecimientos de salud públicos y privados. Los tres socios formaron una comisión de salud y desarrollaron acuerdos con instituciones de salud para establecer un mecanismo integral de derivación y coordinar el acceso a los servicios de salud. Los equipos crearon cinco tipos de cupones diferentes, que incluyen pruebas de detección de VIH / ITS, pruebas de embarazo, evaluaciones de SSR y anticonceptivos. Los valores de los vales se basaron en los costos y bienes determinados a través de evaluaciones del mercado local. Los cupones se combinaron con distribuciones y servicios complementarios, incluidos talleres sobre salud sexual y reproductiva y violencia de género, así como trabajo con proveedores de servicios para apoyar la prestación de servicios inclusivos.

CARE también dio prioridad a la capacitación del personal, para que pudieran continuar llevando a cabo la prestación de servicios de SSR cara a cara y fortalecer la cooperación con socios locales, nuevos y existentes, que pudieran alcanzar a las poblaciones más vulnerables con actividades de prevención y respuesta de SSR.



© Josh Estey/CARE

Impacto del COVID-19 en la Protección

RIESGO Y PREVALENCIA DE LA VG DURANTE EL COVID-19

CARE preguntó a las mujeres en movimiento si pensaban que el riesgo de violencia y abuso contra mujeres y niñas en sus comunidades había cambiado durante COVID-19. El 39% de las mujeres en movimiento en Afganistán y el 25% en Turquía informaron que los riesgos para las mujeres habían aumentado. En relación con el riesgo de violencia y abuso para las niñas, el 35% de las mujeres en Afganistán, en comparación con el 16% en Turquía, informaron que creían que los riesgos habían aumentado. Muy pocos encuestados en cualquiera de los dos países (solamente entre el 2% y el 3%) pensaron que el riesgo de violencia de género había disminuido para las mujeres y las niñas durante el COVID-19.

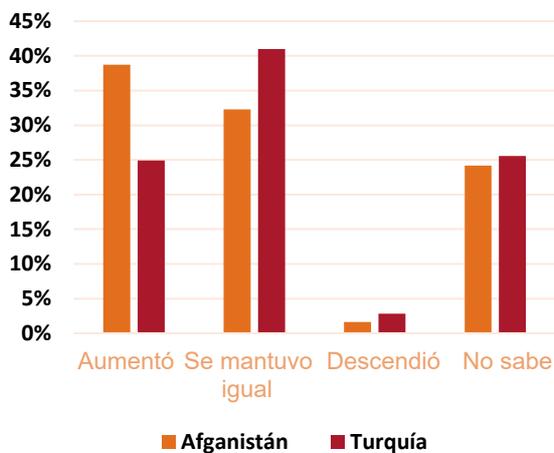
“Los casos de violencia doméstica han aumentado en nuestro asentamiento desde COVID-19 y debido a restricciones de movimiento las mujeres y las niñas pierden el acceso a los servicios disponibles.”

Mujer desplazada internamente residente de Herat, Afganistán

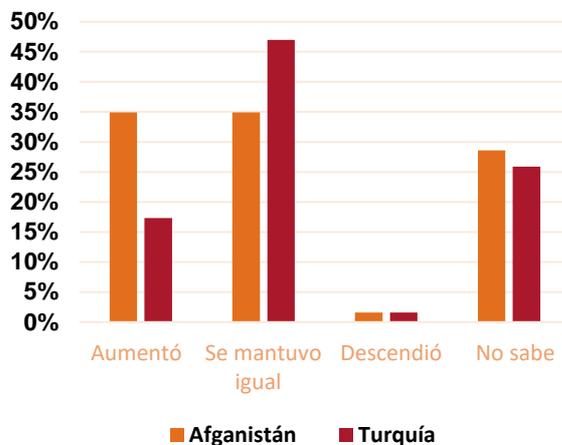
“Durante el COVID-19, no tuvimos trabajo, estábamos todos en casa y consumimos toda la comida que teníamos. Mi esposo estaba enfermo y no teníamos nada para comer, así que decidimos casar a nuestra [joven] hija para conseguir comida y agua. Nuestros vecinos evitaron que hiciéramos esto ayudándonos con comida.”

Mujer desplazada internamente residente de Balkh, Afganistán

¿Considera que el riesgo de violencia y abuso hacia las mujeres en su comunidad ha cambiado durante el COVID-19?



¿Considera que el riesgo de violencia y abuso hacia las niñas en su comunidad ha cambiado durante el COVID-19?



En promedio, más de la mitad (52%) de todas las mujeres en movilidad humana en los tres países dijeron que, en los últimos 14 días, habían pasado 10 o más días en casa, potencialmente atrapadas con sus abusadores y, a menudo, en refugios deficientes y superpoblados. En Turquía, las mujeres en movimiento informaron que no tenían suficientes habitaciones separadas para niños / adolescentes (42%), que su alojamiento estaba demasiado abarrotado para vivir cómodamente durante períodos de restricciones de movimiento (41%) y que, en general, carecía de privacidad (34%). En Afganistán, el 32% de las mujeres desplazadas internamente y refugiadas retornadas también informaron haber tenido que compartir un refugio con otra familia / personas adicionales durante el COVID-19.

“El hombre que solía tener acciones sexistas, al menos se iba a trabajar unas ocho horas al día [pero] ahora los problemas aumentan durante el confinamiento”

Mujer venezolana migrante/refugiada residente en Ecuador

Antes del COVID-19, el 87% de las mujeres en Afganistán ya informaban que habían experimentado al menos una forma de violencia física, psicológica o sexual.²⁷ La práctica del matrimonio infantil de niñas adolescentes también era común, según los ministerios competentes, previamente entrevistados por CARE.²⁸ Cuando se les preguntó por qué las mujeres creían que los riesgos de VG habían aumentado en Afganistán, la mayoría citó el aumento del desempleo masculino como la razón predominante (88% para los riesgos en relación con las mujeres y 83% para los riesgos en relación con las niñas). Durante los GF, las mujeres y las adolescentes dijeron que creían que la violencia doméstica había aumentado en su comunidad debido a que los hombres se quedaban más en casa en razón de las restricciones de movimiento, también a causa del aumento del desempleo y las tensiones generadas a raíz de la reducción de ingresos. En 3 de las 4 provincias donde CARE llevó a cabo grupos focales (Kabul, Balkh y Herat), las mujeres informaron aumentos en el matrimonio infantil de niñas adolescentes en sus comunidades como un mecanismo de supervivencia en respuesta a la pandemia, lo que confirma los temores de las autoridades locales que CARE entrevistó.

En Ecuador, antes del COVID-19, el 65% de las mujeres reportaron haber experimentado violencia en algún momento de su vida, y las mujeres migrantes y refugiadas que ingresan a Ecuador están particularmente en riesgo de agresión sexual y VBG.²⁹ La precaria situación de las mujeres migrantes y refugiadas las expone a redes de trata

²⁷ Oxfam, “A New Scourge to Afghan Women: COVID-19 Briefing Note”, abril 2020. Disponible en <https://asia.oxfam.org/latest/policy-paper/new-scourge-afghan-women-covid-19>

²⁸ CARE Afganistán, *Rapid Gender Analysis COVID-19*, julio 2020. Disponible en <https://www.careevaluations.org/evaluation/afghanistan-covid-19-rga-july-2020/>

²⁹ CARE Ecuador, *Rapid Gender Analysis*, noviembre 2019. Disponible en <https://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2020/06/CARE-Analisis-Rapido-Genero-Ecuador-Nov20192.pdf>

de personas y a la explotación sexual, incluido el uso de relaciones sexuales transaccionales y de supervivencia como estrategias extremas de afrontamiento. La proporción de mujeres migrantes y refugiadas que informaron haber sido víctimas de violencia aumentó del 21% en diciembre de 2019 al 27% en abril de 2021 y los principales tipos de violencia denunciados fueron trata, tráfico ilícito y VBG.³⁰ Sin embargo, la proporción de niños migrantes y refugiados que informaron haber sido víctimas de violencia se redujo levemente en los últimos años, del 11% en diciembre de 2019 al 8% en abril de 2021, siendo los principales tipos de violencia la trata / tráfico ilícito de personas, la violencia de género, el acoso y extorsión / amenaza. Además, durante una evaluación de referencia reciente, el 19% de los encuestados informaron conocer casos de VBG en su vecindario, siendo la violencia física contra mujeres y niñas (77%), la violencia emocional (18%) y la violencia sexual (5%) los más frecuentes tipos de violencia y abuso denunciados.³¹

En Turquía, antes del COVID-19, el 38% de las mujeres de 15 a 59 años habían experimentado violencia de género, según una investigación sobre violencia doméstica contra las mujeres dirigida por el Ministerio de Familia, Trabajo y Servicios Sociales, aunque es probable que muchos casos de violencia de género no se notifiquen debido (en gran medida) a las prácticas culturales, el miedo a la estigmatización y la falta de acceso a la información.³² Cuando se les preguntó por qué las mujeres sirias refugiadas en Turquía creían que la violencia y el abuso contra las mujeres habían aumentado en sus comunidades durante el COVID-19, la mayoría (91%) informó que se debió a más conflictos en el hogar entre esposos y esposas. El diecisiete por ciento lo atribuyó a una menor libertad para las mujeres; y otro 17% identificó la causa en el aumento de la presión a la que se enfrentan las mujeres como cuidadoras primarias. Con respecto a las niñas, el 70% de las refugiadas sirias encuestadas identificaron a las niñas que se ven obligadas a realizar trabajos domésticos como una mayor preocupación de protección, seguido de un 19% que mencionó que las niñas abandonan la escuela y pasan más tiempo en las calles. Además el 17% señala que se obliga a trabajar a las niñas y el 15% afirma que las niñas son obligadas a casarse.

“La violencia no ocurre en todos los hogares y no podemos generalizar. Pero sí, la violencia ha aumentado en el hogar porque los hombres solían salir, cambiar de aire y pasar mucho tiempo al aire libre. Tal vez solían ocurrir algunas discusiones, pero no alcanzarían el nivel de violencia. Los hombres ahora tienen que quedarse más tiempo en casa con los niños y les molesta el ruido, lo cual ha creado problemas en la casa”

Mujer siria de 24 años, refugiada en Şanlıurfa, Turquía

³⁰ CARE Ecuador, Herramienta de registro de beneficiarios, diciembre 2019 - abril 2021

³¹ CARE Ecuador, Proyecto Sin Fronteras – Evaluación inicial, diciembre 2020

³² CARE Turquía, *Rapid Gender Analysis MENA – Turkey Program*, abril 2020

PÉRDIDA DE ESPACIOS EDUCATIVOS Y ESPACIOS SEGUROS

En todo el mundo, el COVID-19 ha tenido impactos masivos en el acceso a la educación pues muchos países en diferentes momentos han suspendido el aprendizaje en persona y han adoptado en cambio el aprendizaje remoto o a distancia. En los tres países, hubo momentos en 2020 y principios de 2021 en los que se interrumpió la educación.

Las niñas (y los niños) que aprenden en situación de desplazamiento han perdido aún más acceso a la educación, y el 63% de las mujeres en Afganistán y el 30% en Turquía informaron que sus hijas no pudieron continuar con su educación cuando cambiaron al aprendizaje a distancia debido a las restricciones de COVID-19. Si bien no hay cifras disponibles para Ecuador, un análisis anterior mostró que COVID-19 había profundizado las desigualdades educativas en detrimento de los niños más pobres (incluidos los niños migrantes y refugiados) que enfrentan barreras para seguir la educación en línea.

En todos los países, los educadores pasaron a la educación a distancia, a través de computadoras, radio o televisión, por ejemplo, durante períodos prolongados en 2020. En Afganistán y Ecuador, la principal barrera para que las niñas continuaran su aprendizaje fue la falta de acceso a la televisión, las computadoras, radio y / o internet. En Turquía, las barreras del idioma también fueron un problema particular, dado que el idioma de instrucción era el turco, pero la mayoría de los refugiados sirios hablan árabe. Las mujeres en los grupos focales en Afganistán también informaron de un aumento de las amenazas durante este tiempo en términos de matrimonio infantil, mientras que las mujeres en Turquía informaron un aumento en el riesgo de que las niñas tengan que hacer trabajo doméstico no remunerado o trabajar fuera del hogar o ejercer el matrimonio infantil.

A pesar del impacto negativo de la pandemia en el aprendizaje de las niñas (y niños) desplazados, hay una luz de esperanza en los lugares donde el aprendizaje se ha reanudado en persona. El 91% de las refugiadas sirias y el 95% de las desplazadas internas / repatriadas en Afganistán informaron que sus hijas habían regresado a la escuela, al igual que el 100% de las adolescentes en Afganistán. Si bien estas no son cifras oficiales, y se necesita más tiempo para analizar la situación, son una muestra de que a pesar de los reveses educativos inducidos por COVID-19, los estudiantes están regresando al aula cuando se les da la oportunidad. Esto es importante, ya que las escuelas pueden proporcionar espacios seguros para los niños y muchos niños desplazados ya han visto interrumpida su educación por motivos de movilidad humana.



© Jennifer Rowell/CARE

EXCLUSIÓN Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE RESPUESTA ANTE VG

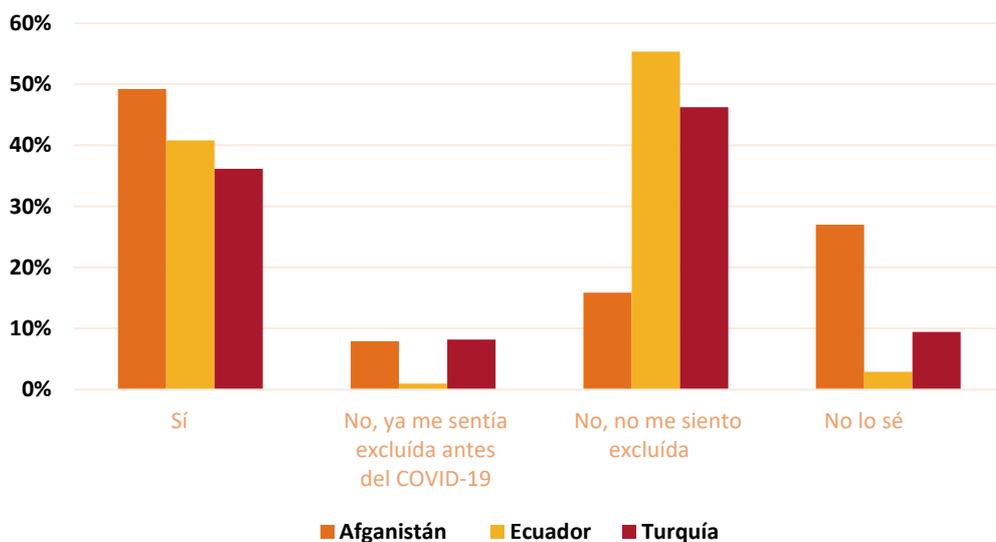
El mayor riesgo de violencia de género se produce en un momento en que las mujeres en movimiento en los tres países informaron sentirse más excluidas del acceso a los servicios en general (49% en Afganistán, 41% en Ecuador y 36% en Turquía). Cuando se combina con la respuesta afirmativa en torno a “Ya me sentía excluido antes del COVID-19”, estas cifras aumentan al 57% en Afganistán y al 44% en Turquía.

En Afganistán y Ecuador, las mujeres informaron que se sentían más excluidas debido a su condición de desplazadas o a su nacionalidad; porque no tenían información precisa sobre dónde acceder a los servicios o recursos; y debido a las barreras físicas de acceso, incluidas las restricciones de movimiento.

En relación con los servicios de respuesta a la violencia de género en Turquía, solo 4 de cada 11 mujeres sirias refugiadas en un grupo focal sabían si los servicios de violencia de género estaban o no disponibles en su ubicación y todas las mujeres mencionaron que las personas en sus vecindarios necesitaban más prevención de la violencia de género y sensibilización en la respuesta ante este tipo de situación. Los grupos focales en Afganistán revelaron que muchas mujeres no creían que hubiera ningún servicio de respuesta a la violencia de género disponible para ellas, y que lo máximo que podían hacer era acudir a los ancianos de su comunidad cuando se enfrentaban a un problema. La mayoría de las mujeres simplemente dijeron que no se podía hacer nada y que no se quejaban ni le contaban a nadie ningún problema en el hogar. A pesar de los informes que dan cuenta de un aumento de la violencia en el hogar durante el COVID-19, muchas mujeres en Afganistán le dijeron a CARE que creen que el hogar sigue siendo el lugar más seguro para ellas. Por el contrario, la mayoría de las mujeres participantes en un GF en Ecuador conocían los servicios de respuesta a la violencia de género, pero también sabían que estos servicios estaban saturados por la cantidad de casos que se presentan. Los datos recopilados por CARE en Ecuador en diciembre de 2020 demuestran que persisten brechas significativas en la concientización sobre el servicio de VG: el 31% de los encuestados dijo que no conocía a los proveedores de servicios o las fuentes de apoyo y asistencia, mientras que el 70% informó que no sabía cómo informar o remitir casos de VG.³³

Durante tiempos de crisis, puede resultar más difícil para las mujeres acceder a los servicios de respuesta a la violencia de género. El personal de protección y género de CARE en situaciones de emergencia declaró en entrevistas que creen precisamente que durante la pandemia es menos probable que las mujeres accedan a los servicios de VG, incluida la gestión clínica de violaciones, primeros auxilios psicológicos y derivaciones a otros servicios. Las restricciones de movimiento del COVID-19 también dificultan que los trabajadores humanitarios lleguen a las mujeres y niñas necesitadas. Además, los equipos de gestión de casos de CARE informaron que es más difícil garantizar que los sobrevivientes de VG puedan acceder a respuestas adecuadas debido a los frecuentes cambios en las vías de derivación; indisponibilidad de algunas respuestas como el apoyo psicosocial; o la necesidad de pruebas de COVID-19 para acceder a servicios gubernamentales, como informar casos a la policía.

¿Se siente más excluida de acceder a servicios y recursos desde el inicio de COVID-19?



³³ CARE Ecuador, Proyecto Sin Fronteras – Evaluación inicial, diciembre 2020

ACCESO AL REGISTRO Y DOCUMENTACIÓN

Para las personas en movilidad humana, el registro de refugiados ante las autoridades gubernamentales y / o organizaciones como ACNUR, así como el acceso a documentación legal y civil, como certificados de nacimiento, a menudo es esencial para asegurar la estadia legal y el acceso a los servicios básicos. Estos son procesos difíciles en el mejor de los casos: el 37% de las mujeres en movilidad en Ecuador, el 22% en Afganistán y el 19% en Turquía informaron que COVID-19 había dado lugar a desafíos nuevos o adicionales para registrar o adquirir documentación legal y civil. Los desafíos se relacionaron principal y directamente con la imposibilidad de viajar debido a restricciones de movimiento, y también con que el servicio determinado ya no está disponible durante COVID-19 o que en este contexto se requiere mayor tiempo para acceder a los servicios.

En Ecuador, estos problemas se ven agravados por un entorno político ya difícil, que a menudo impide que los migrantes / refugiados venezolanos regularicen su estadia. El ACNUR estima que alrededor del 50% de los migrantes venezolanos vive en una situación de migración irregular³⁴, lo que afecta gravemente su capacidad para ganarse la vida y acceder a servicios, incluida la atención médica, como se discutió en la sección anterior. Si bien, en teoría, no se requiere acreditar la estadia legal para acceder al sistema de salud pública, los migrantes y refugiados han denunciado discriminación, incluso en relación con la falta de documentación.



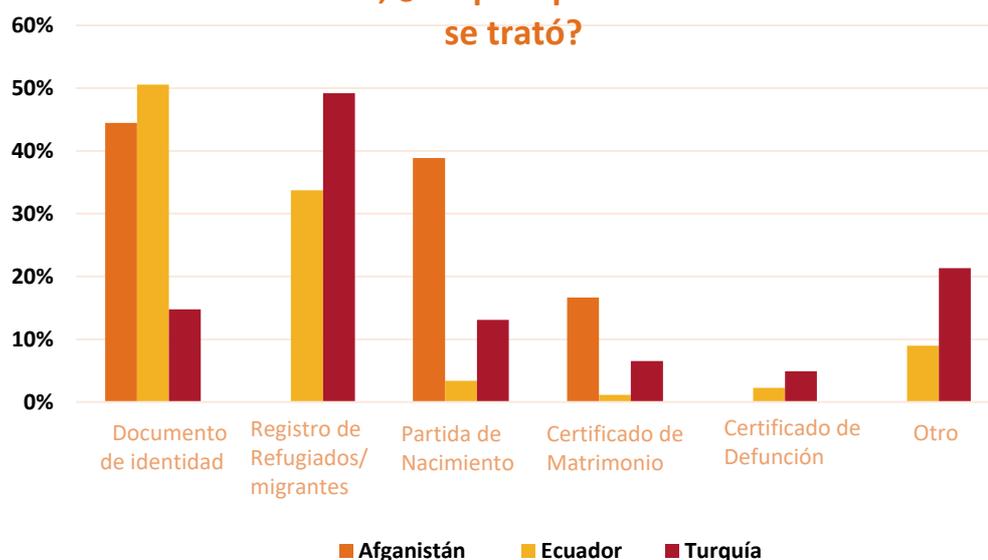
© Mary Kate Maclsaac/CARE

En Turquía, la mayoría de los refugiados sirios han podido registrarse bajo el sistema de protección internacional temporal, pero deben acudir regularmente al departamento gubernamental a cargo de los asuntos de refugiados para actualizar sus perfiles, por ejemplo, en caso del nacimiento de un nuevo hijo, un matrimonio o durante los ejercicios de verificación regulares. Durante COVID-19, el gobierno suspendió la totalidad de estos servicios durante seis meses. Este cierre afectó negativamente a un sistema que, según la mayoría de los informes, ya no funcionaba bien y carecía de procedimientos claros sobre cómo los refugiados (y las organizaciones que intentaban apoyarlos) podían hacer un seguimiento cuando surgían problemas. Las mujeres refugiadas sirias hablaron de los desafíos de obtener una cita a través del nuevo sistema de reserva de salud en línea sin un DIPT válido.

³⁴ ACNUR, 'Ecuador Monthly Update April 2021'. Disponible en

<https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/Ecuador%20monthly%20update%208%20April%202021.pdf>

Si tuvo dificultades para acceder a la documentación, ¿de qué tipo de documentación se trató?



ADAPTACIONES AL PROGRAMA DE COVID-19 DE CARE - TURQUÍA

En marzo de 2020, Turquía entró en su primer período de restricciones de movimiento y toques de queda, lo que afectó la capacidad del personal de CARE para continuar con la programación regular para apoyar a los refugiados sirios y las comunidades de acogida en el sureste de Turquía. Si bien CARE Turquía llevó a cabo adaptaciones específicas, y en muchos sentidos innovadores, a medida que la programación pasó a la implementación remota, el equipo también decidió revisar las formas en que los refugiados sirios podían acceder a CARE.

CARE estableció una línea directa nacional de COVID-19 para: (1) responder a preguntas, necesidades e inquietudes entre los refugiados sirios y las comunidades de acogida; (2) proporcionar servicios de traducción inmediatos para los refugiados sirios que enfrentan barreras para acceder a los proveedores de servicios turcos, como la atención médica; (3) proporcionar información sobre los servicios CARE cercanos y los de otras organizaciones; y (4) brindar asesoría legal a personas vulnerables en riesgo.

Con un acceso reducido a las comunidades objetivo y los participantes del programa, la línea directa funcionó como una forma de proporcionar información y respuestas de protección. CARE implementó mecanismos de derivación internos y externos, gestionados por un miembro del personal de protección dedicado específicamente a esta función. CARE actualizó continuamente el mapeo de servicios externos y los criterios de referencia para garantizar que los operadores de la línea directa brinden información precisa a las personas que llaman y consultan sobre dónde y cómo acceder al gobierno y otros proveedores de servicios humanitarios. El equipo del programa también actualizó sus criterios de derivación para que los operadores pudieran identificar los casos de protección y remitirlos internamente a los equipos de gestión de casos para su seguimiento y respuesta. Cuando la pandemia limitó las respuestas de protección comunitaria de CARE, la línea directa le permitió a CARE continuar respondiendo a los más necesitados.



© Mary Kate MacIsaac/CARE

Conclusiones y Recomendaciones

El COVID-19 está devastando hogares, comunidades y países en todo el mundo. Sin embargo, la emergencia de salud pública y la crisis socioeconómica paralela resultante afectan a mujeres, niñas, niños, hombres y personas de otros géneros de manera diferente. Entre los más vulnerables se encuentran las mujeres y las niñas en movilidad humana, quienes, debido a la combinación de su género y su estatus migratorio, pueden enfrentar desigualdades magnificadas y riesgos agravados.

La investigación de CARE en Afganistán, Ecuador y Turquía presenta un panorama dramático y perturbador, no solo para las necesidades inmediatas de salud y protección de mujeres y niñas, que a menudo no se satisfacen, sino respecto del impacto de la pandemia en los resultados a largo plazo. Los gobiernos nacionales y la comunidad internacional deben actuar con urgencia para garantizar que el COVID-19 y otros esfuerzos de respuesta y recuperación humanitarios sean sensibles al género y se centren en evitar que las mujeres y niñas en movilidad humana se rezaguen aún más.

RECOMENDACIONES

Salud

- **Los gobiernos, los grupos / sectores liderados por la ONU, los actores de la atención médica y las organizaciones humanitarias deben fortalecer la preparación para emergencias de salud pública en los tres países y en contextos de desplazamiento forzado en general.** Esto incluye coordinar las respuestas a la pandemia para tener en cuenta los efectos de las emergencias en el acceso a los servicios de salud, en particular para las mujeres y niñas en movilidad, y garantizar que todas las personas desplazadas, y especialmente las mujeres y los jóvenes, estén incluidas en los planes de vacunación contra el COVID-19 a nivel nacional.

- **Las agencias gubernamentales, las autoridades locales y los actores humanitarios y de desarrollo deben priorizar la participación significativa de las mujeres en los puestos de liderazgo y los órganos de toma de decisiones responsables de la prevención y respuesta al COVID-19 en todos los niveles.** Las mujeres y las adolescentes, incluidas las que se encuentran en situación de movilidad, deben ser consultadas como parte de los esfuerzos de planificación y respuesta y también deben ser apoyadas para liderar los esfuerzos de cara a garantizar que las necesidades de las mujeres y las niñas en cada comunidad se aborden adecuadamente.
- **Los grupos / sectores de salud y todos los actores humanitarios y de desarrollo deben trabajar con los gobiernos para garantizar la continuidad de los servicios de salud esenciales,** incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva que salvan vidas de acuerdo con el MISP³⁵, particularmente cuando los recursos de atención primaria de salud se desvían para responder al COVID-19. Los actores deben trabajar de manera proactiva para garantizar que se satisfagan las necesidades únicas de SSR de adolescentes y jóvenes de perfiles diversos, y los donantes deben financiar y priorizar las respuestas de SSR durante la pandemia.
- **Los actores de la atención de la salud deben invertir y ampliar las modalidades de prestación de servicios adaptadas para abordar las restricciones de movimiento y las barreras de acceso,** en particular para las mujeres y niñas en movilidad que enfrentan barreras de acceso preexistentes. Estas estrategias pueden incluir el apoyo a la prestación de servicios de salud no basados en instalaciones (clínicas móviles, farmacias, etc.), el aprovechamiento de la tecnología para consultas y seguimientos, el fortalecimiento del sistema de derivación y enfoques remotos para la tutoría y el apoyo a los trabajadores de la salud de primera línea.³⁶ Deben además mantenerse las medidas de control apropiadas.
- **La creación de confianza es fundamental durante la respuesta al COVID-19, y más aún entre los migrantes y refugiados que enfrentan discriminación y xenofobia.** Los proveedores de atención médica y los actores humanitarios deben generar confianza con las poblaciones de migrantes y refugiados e involucrar a las comunidades, incluso a través de enfoques de responsabilidad social como la Tarjeta de Puntuación Comunitaria de CARE.

Protección

- **Todos los actores deben asegurarse de que la prevención y la respuesta a la VG sean priorizadas como intervenciones que salvan vidas y se incluyan en los planes de respuesta al COVID-19.** Los formuladores de políticas deben abogar por que los servicios de violencia de género y el acceso a la justicia para las sobrevivientes sean un componente esencial de la respuesta humanitaria al COVID-19.
- **Los donantes deben aumentar la financiación para los programas de prevención y respuesta a la VG y exigir la integración de la mitigación del riesgo de VG en el diseño y la implementación del programa en todos los sectores,** considerando el aumento de la prevalencia y los riesgos de VG. Dada la evidencia de un incremento de la violencia doméstica y el hecho de que los hogares sean menos seguros, se debe prestar más atención a la participación de los hombres y los niños y se debe fomentar la concienciación a nivel del hogar, incluso a través de medios remotos cuando sea necesario.
- **Los proveedores de servicios especializados en VG deben ampliar la programación y adaptar la prestación de servicios** para abordar el aumento de las necesidades, los desafíos de acceso que resultan de las regulaciones de COVID y las brechas en las vías de derivación y los servicios de respuesta para VG centrados en las sobrevivientes. Las respuestas deben adaptarse para llegar a los sobrevivientes de la violencia de género, tanto cara a cara (cuando sea posible), como a través de medios remotos (de ser necesario), por ejemplo, mediante el uso de líneas directas, mediante el trabajo con el personal de la comunidad / personal extendido y la adaptación de los procedimientos operativos estándar en el caso de seguimiento remoto.
- **Los socios humanitarios y de desarrollo deben defender con los países de acogida la importancia de regularizar la situación de las personas desplazadas,** incluidas las mujeres y las adolescentes, para apoyar su acceso a los servicios esenciales, como la atención médica, durante la pandemia. **Todos los actores también deben trabajar con las autoridades gubernamentales para garantizar la continuidad del registro y la emisión y el conocimiento de la documentación legal y civil durante la pandemia.** Los donantes pueden incentivar esto a través de proyectos de impacto rápido que brinden apoyo técnico y financiero para adaptar los sistemas y aumentar la capacidad de las autoridades para brindar servicios durante la pandemia.

³⁵ Para obtener más información, consulte los "Recursos sobre el Paquete Inicial Mínimo de Servicios (MISP)" del (IAWG) sobre salud reproductiva en situaciones de crisis. Disponible en

<https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-misp-resources>

³⁶ Para obtener más información, consulte las "Herramientas de mapeo del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y su adaptación para la preparación y respuesta a la COVID-19, otras pandemias y brotes importantes" del IAWG, septiembre de 2019. Disponible en <https://iawg.net/resources/toolkit-for-mapping-of-the-misp-for-srh-and-its-adaptation-for-preparedness-and-response-to-covid-19-and-other-pandemics-and-major-outbreaks>

Respuesta

- Los donantes deben incrementar significativamente **la inversión en soluciones duraderas para el desplazamiento**, incluido el retorno voluntario en condiciones de seguridad y dignidad, y con un apoyo socioeconómico adecuado para la reintegración de mujeres y niñas.
- Los donantes deben financiar plenamente tanto las necesidades básicas como el **desarrollo de la resiliencia transformadora de género** (opciones de medios de vida dignos, acceso a redes de seguridad, a la educación, etc.) en situaciones de desplazamiento prolongado. Para hacerlo, es fundamental asegurarse de que se cubra la brecha de datos, en particular sobre el desglose por sexo y edad de los datos relacionados con los desplazados internos.
- **Los donantes deben aumentar el volumen y la calidad (más predecible, plurianual, menos asignado y más flexible) de la financiación para los equipos en primera línea de respuesta**, incluidas (y de la forma más directa posible) las organizaciones dirigidas por mujeres / desplazados internos y que aboguen por los derechos de las mujeres / migrante / refugiados. El financiamiento de emergencia es imperativo para permitir respuestas oportunas y basadas en evidencia en paralelo a la programación de resiliencia a más largo plazo que eleva y mejora la experiencia de las mujeres y niñas en movilidad, los actores locales y los gobiernos para evitar una mayor erosión de los derechos de las mujeres y las niñas y apoyar resultados con equidad de género.
- **Los donantes deben financiar, y todos los actores deben ampliar, el uso de CVA para mejorar los resultados de salud y protección de mujeres y niñas en movimiento**, basándose en la investigación previa de CARE sobre la aplicación de entornos humanitarios de CVA, incluido el aprendizaje en Ecuador durante la pandemia.³⁷ La CVA puede ser una herramienta vital para aumentar el acceso a los servicios de SSR y en la prevención y respuesta a la VG, así como para ayudar a abordar las necesidades básicas de las mujeres y las adolescentes. Siempre que sea posible, el CVA debe integrarse en los enfoques de gestión de casos para garantizar respuestas holísticas que incluyan el suministro de información y, cuando sea necesario, apoyo legal y psicosocial.
- **Los donantes para el desarrollo deben exigir, y todos los actores, incluidos los gobiernos, los socios implementadores y los donantes, deben trabajar juntos para garantizar que la preparación para emergencias se integre con la planificación de contingencias** y tenga en cuenta las necesidades específicas y también de género de las diversas personas en movilidad humana.

Agradecimientos

Este informe fue redactado por Catherine Osborn para CARE. Agradecemos especialmente a los siguientes miembros del personal de CARE por su trabajo en las investigaciones e informes aquí incluidos: Chloe Day, Susannah Friedman, Sarah Fuhrman, Rebekah Koch, Debbie Landis, Anushka Kalyanpur, Allison Prather, Ruth Mutua, Haqmal Munib, Marina Hamidzada, Mohammad Anwer, Shahmahmood Wahab, Spogmai Bawar, Marianne O'Grady, Maria (Belén) Ayala, Mónica Tobar, Xavier Muenala, Alexandra Moncada, İdil Börekçi, Simge Memisoğlu, Pinar Çtinkaya, Sawsan Klieb, Louay Hajali, Mahmoud Hatem, Esat Akgül, Fatma Kapan, Leman Yıldırım, Deniz Aydınlı así como todos los demás colegas que asistieron con la investigación y aportaron herramientas para redacciones previas.

³⁷ CARE, Programas de Transferencias Monetarias para Salud Sexual y Reproductiva. Aprendizajes de Ecuador, Colombia, Líbano y Somalia, marzo 2021. Disponible en <https://careevaluations.org/evaluation/cash-and-voucher-assistance-for-sexual-reproductive-health-and-rights-learnings-from-ecuador-colombia-lebanon-and-somalia/>; y CARE, Utilización de transferencias monetarias para la gestión de casos de violencia de género en apoyo de las poblaciones afectadas por crisis en Ecuador: Informe de aprendizaje, diciembre de 2019. Disponible en <https://www.careevaluations.org/evaluation/utilizing-cash-and-voucher-assistance-within-gender-based-violence-case-management-to-support-crisis-affected-populations-in-ecuador-learning-brief/>

