



Una emergencia desigual: Análisis Rápido de Género sobre la Crisis de Refugiados y Migrantes en Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela

Junio de 2020



Autores Principales

Tendencias regionales consolidadas (este informe): Tamah Murfet y Robyn Baron - consultoras independientes sobre género y VBG.

Informes específicos por cada país:

Colombia: Anushka Kalyanpur, Susannah Friedman, Isadora Quay, Alejandro Bonil y Catalina Vargas.

Ecuador: Alexandra Moncada, Mónica Tobar, Cecilia Tamayo, Manuela Farina y Catalina Vargas.

Peru: Lucy Harman, María Espinoza y Susana Osorio Torres.

Venezuela: CEPAZ, Cecilia Tamayo y Catalina Vargas.

Agradecimientos

Tanto este ARG como aquellos específicos para cada país, se enriquecieron con las invaluable contribuciones y el liderazgo de Catalina Vargas, Coordinadora Humanitaria Regional de CARE para América Latina y el Caribe.

Las opiniones y recomendaciones en este ARG son exclusivas de los autores, y no necesariamente representan aquellas de CARE International, de los gobiernos nacionales, o de cualquier otro socio.

Foto de portada: Josh Estey



Contenidos

| | |
|--|----|
| Abreviaciones | 3 |
| Resumen Ejecutivo | 4 |
| Principales hallazgos | 4 |
| Recomendaciones clave | 6 |
| Introducción | 7 |
| Contexto Humanitario | 7 |
| Objetivos del ARG | 9 |
| Metodología | 9 |
| Métodos de Investigación y Participantes | 10 |
| Enfoque Geográfico | 11 |
| Limitaciones | 12 |
| Perfil Demográfico | 13 |
| Hallazgos y análisis | 13 |
| Roles y Responsabilidades de Género | 13 |
| Roles de género y migración | 14 |
| Acceso y Control de Recursos | 15 |
| Impactos del COVID-19 | 15 |
| Capacidades y Mecanismos de Respuesta | 16 |
| Medios de vida | 16 |
| Impacto del COVID-19 | 17 |
| Participación y Liderazgo de las Mujeres | 17 |
| Protección | 18 |
| Riesgos Relacionados con la Inmigración y el Estatus Legal | 19 |
| Violencia de Género | 19 |
| Tráfico de Personas | 19 |
| Necesidades y aspiraciones | 21 |
| Programación Sectorial | 22 |
| Salud, incluida Salud Sexual y Reproductiva | 22 |
| Conclusiones | 28 |
| Recomendaciones | 30 |
| Recomendación General | 30 |
| Recomendaciones para la Integración del Componente de Género | 32 |
| Recomendaciones para la Programación de Género Específica | 33 |

Abreviaciones

| | |
|----------|---|
| ACNUR | Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados |
| ARG | Análisis Rápido de Género |
| ARV | Antirretrovirales |
| DGF | Discusión de Grupo Focal |
| DSSR | Derechos de Salud Sexual y Reproductiva |
| ETS | Enfermedades de Transmisión Sexual |
| EIC | Entrevista a Informante Clave |
| GF | Grupo Focal |
| INE | Instituto Nacional de Estadística |
| LGBTIQ+ | Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero, Queer, Intersexual |
| ONG | Organización No Gubernamental |
| TARV | Terapia Antirretroviral |
| VG | Violencia de Género |
| VIH/SIDA | Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida |
| OCHA | Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios |
| OIM | Organización Internacional para las Migraciones |
| PIMS | Paquete Inicial Mínimo de Servicios |
| R4V | Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela |
| VP | Violencia de Pareja |
| WASH | Agua, Saneamiento e Higiene |



Resumen Ejecutivo

Este Análisis Rápido de Género (ARG) combinado proporciona información y observaciones sobre las diferentes necesidades, capacidades y estrategias de respuesta de mujeres, hombres y personas LGBTIQ+ venezolanas en Venezuela, Colombia, Ecuador y Perú. Busca comprender cómo han cambiado los roles y las relaciones de género como resultado de la crisis, y compartir recomendaciones sobre cómo puede la comunidad humanitaria considerar más eficazmente estas dinámicas cambiantes para atender de mejor manera las diferentes necesidades de cada grupo. Tiene como base una recopilación y análisis de datos primarios y secundarios contenidos en los ARG de cada uno de los cuatro países, durante un período de 12 meses (2019-2020), lo que incluye discusiones de grupos focales y las entrevistas con informantes clave (EIC). Posteriormente se actualizó con datos secundarios relativos al inicio de la pandemia del COVID-19.

La crisis en Venezuela, y la resultante crisis migratoria y de refugiados en la región, se caracterizan por dinámicas altamente relacionadas con el género, que impactan de manera significativa en la salud y el bienestar de todos, particularmente de mujeres, niñas y personas LGBTIQ+. Estas, enfrentan profundas vulnerabilidades al abandonar Venezuela y atravesar Colombia, Ecuador y Perú en busca de destinos temporales o permanentes. Dentro de este flujo migratorio existen algunos que enfrentan riesgos especialmente, entre ellos, las poblaciones indígenas, las adolescentes y las mujeres embarazadas y lactantes, entre otros.

En la sociedad venezolana, como en la de muchos otros países de la región, persisten los estereotipos de género tradicionales. Los hombres son predominantemente el principal sostén de la familia, controlan la mayoría de los activos, los recursos y la toman las decisiones. Los roles principales de las mujeres son domésticos, e incluyen la crianza de los hijos, con una limitada toma de decisiones en el hogar. La gravedad de la continua crisis en Venezuela incluye la escasez de alimentos y la pérdida de medios de vida, ampliando los roles y responsabilidades de las mujeres, exigiendo que éstas desarrollen soluciones para alimentar a sus familias ante la hiperinflación y un sistema de salud colapsado; a la vez. Estos cambios sociales y económicos también desafían las dinámicas de poder dentro de los hogares, lo que puede conducir a mayores tasas de violencia de pareja (VP). Dados los roles de género tradicionales, mayormente han sido hombres y niños quienes abandonen el hogar para buscar oportunidades de sustento en otros lugares, y quienes se han unido al movimiento de oposición; ampliando aún más el rol de las mujeres y de las adolescentes, estas últimas a menudo asumen roles que corresponden a adultos y cuidadores ante la ausencia de sus madres.

Principales hallazgos

- Los venezolanos enfrentan una variedad de riesgos de protección, mismos que aumentan significativamente una vez que comienzan su viaje migratorio. Muchos viajan por medios irregulares y experimentan prácticas de explotación en la mayoría de ocasiones en relación con su falta de documentación migratoria.
- Las mujeres, las niñas y las personas LGBTIQ+ enfrentan riesgos elevados de violencia de género (VG), incluso por parte de las autoridades. Las sobrevivientes de VG no acceden a los servicios necesarios por miedo, vergüenza, impunidad, falta de conocimiento sobre los servicios y desconfianza en el sistema.
- Los migrantes y refugiados venezolanos experimentan xenofobia en Colombia, Ecuador y Perú. La xenofobia también limita el acceso a los servicios básicos, incluidos la vivienda y el empleo. La percepción hipersexualizada de las mujeres y adolescentes venezolanas las hace particularmente vulnerables a la violencia sexual y a la explotación.
- En Venezuela la mayoría de los entrevistados cuentan con casa propia o propiedad de su pareja. En el caso de migrantes y refugiados venezolanos, los entrevistados viven en alojamientos de alquiler, a menudo superpoblados e insalubres. Los inodoros y las duchas son generalmente de uso comunal, y, pueden resultar inseguras para mujeres y niñas.
- Las mujeres, hombres, niñas y niños venezolanos luchan por encontrar oportunidades para generar ingresos que sean suficientes para satisfacer sus necesidades básicas. Especialmente las mujeres y las niñas están expuestas a condiciones de trabajo inseguras y de explotación, mientras que los hombres y los niños corren también el riesgo de ser reclutados en grupos criminales.

Los resultados de los ARG en cada país muestran una normalización de la VG, que incluye altos niveles de violencia sexual. El sexo transaccional es una estrategia común para enfrentar la dramática situación de vida, tal es el caso que una gran parte de las trabajadoras sexuales son venezolanas. Así, las mujeres, las niñas y las personas con diversidad de género enfrentan riesgos significativos de explotación sexual y trata. Sin embargo, la tasa de notificación de casos de VG sigue siendo baja. La falta de documentación y / o el limitado conocimiento de sus derechos en función de su estado migratorio exagera aún más el potencial de ser explotadas. Los resultados de las encuestas y los grupos focales evidencian el limitado conocimiento con respecto a los servicios, así como el bajo nivel de confianza en ellos. Los migrantes y refugiados sobrevivientes de VG temen ser deportados y reprendidos si denuncian los incidentes a las autoridades.



La escasez de alimentos y la hiperinflación, el desplome de los servicios públicos como el acceso al agua, y el colapso del sistema de salud en Venezuela han forzado a millones de venezolanos a emigrar a otros países de la región. Asimismo, mujeres embarazadas y niñas, minorías sexuales y personas viviendo con VIH, han sido desplazados también por no contar con acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. En el trayecto migratorio, muchos han tenido que recurrir a vivir en las calles o en asentamientos informales distantes o carentes de servicios básicos. Más allá de la escala de la respuesta, existen desafíos relacionados con la participación inadecuada de las poblaciones afectadas por la crisis en la toma de decisiones, y con los mecanismos de retroalimentación.

Los hallazgos de los cuatro países destacan la importancia de implementar o fortalecer programas que satisfagan las diferentes necesidades de la población con respecto a varias áreas sectoriales, incluyendo medios de vida, seguridad alimentaria, agua, saneamiento e higiene, salud sexual y reproductiva, y protección; con un enfoque importante en la VG dentro entre dichos sectores. De la misma manera se destaca como la pandemia del COVID-19 exagera las desigualdades de género existentes en cada sector, ya que las medidas tienen impactos desproporcionados sobre las poblaciones de refugiados y migrantes. Este informe describe un conjunto resumido de recomendaciones que hemos identificado como comunes en los cuatro contextos. Los análisis realizados en cada país presentan recomendaciones detalladas para los diferentes actores de cada contexto.

Recomendaciones clave

Este informe combinado proporciona recomendaciones generales comunes para los cuatro países. Estas constituyen un llamado a los gobiernos, actores humanitarios y donantes para que reconozcan y aborden las diferencias de género en las necesidades, prioridades y vulnerabilidades propias de la comunidad venezolana de migrantes y refugiados en Colombia, Ecuador y Perú, especialmente en el contexto actual de la pandemia de COVID-19. Las recomendaciones clave incluyen:

- Incorporar enfoques clave de género y protección alineados con los principios de VG y las medidas de mitigación de riesgos en todos los sectores de respuesta, incluidos los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva (DSSR); Agua, Saneamiento e Higiene (WASH, por sus siglas en inglés); refugio, alimentación, nutrición y medios de vida, y modalidades de asistencia;
- Garantizar que la acción humanitaria considere las necesidades de las personas de acuerdo con su género de acuerdo con las múltiples y confluyentes vulnerabilidades;
- Garantizar la participación significativa de las poblaciones afectadas por la crisis, en particular de las mujeres, las niñas y las personas LGBTQI+, incluyendo activamente su liderazgo actual;
- Fortalecer la respuesta para el sector de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en línea con el Paquete Inicial Mínimo de Servicios (PIMS) en situaciones de crisis;
- Apoyar la asistencia en efectivo y con cupones, las actividades generadoras de ingresos, y las plazas de empleo seguras y dignas, con un enfoque de mercado sensible al género, y que incorpore un análisis de riesgos;
- Garantizar la disponibilidad de albergues seguros y opciones de vivienda, particularmente para mujeres y niñas que viajan solas o con niños pequeños;
- Abordar urgentemente las preocupaciones relativas a la seguridad alimentaria y la nutrición, con un enfoque particular en las necesidades y vulnerabilidades de las mujeres y niñas en movimiento migratorio.



©Josh Estey/CARE

Introducción

Contexto Humanitario

Antecedentes. Desde 2016, Venezuela enfrenta una crisis política y económica que ha provocado hiperinflación y por lo tanto un incremento astronómico en los niveles de pobreza, inseguridad alimentaria y violencia incluyendo VBG. Como resultado millones de personas se han visto forzadas a desplazarse dentro de Venezuela y hacia otros países, principalmente en la región, siendo una de las crisis de movilidad humana más grandes del mundo. Según la Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V), al 5 de mayo de 2020 hay casi 5.1 millones de refugiados y migrantes venezolanos en todo el mundo; la mayoría de los cuales permanecen en la región, y de éstos, más de 2.6 millones se encuentran en Colombia y Perú.¹

Colombia. Colombia alberga a más de 1.8 millones de venezolanos², de los cuales más de 1 millón carece de documentación migratoria regular y por lo tanto un acceso limitado a derechos, como los relacionados a atención médica.³ Colombia, enfrenta también una condición particular con respecto a desplazamientos forzados puesto que se calcula que más de 7 millones de personas fueron desplazadas durante el conflicto armado, en su mayoría de zonas rurales, indígenas o afrocolombianos.⁴ Existen siete cruces fronterizos formales a lo largo de la frontera de 2.219 kilómetros entre Colombia y Venezuela, pero se han detectado al menos 130 puntos de cruce ilegales,⁵ lo que indica que los números oficiales de migrantes y refugiados sean significativamente más bajos que los reales. Los principales puntos de entrada a Colombia se encuentran en los departamentos de La Guajira y Norte de Santander que limitan con los estados venezolanos de Zulia y Táchira.

En el departamento de La Guajira, Paraguachón es el único punto de entrada oficial a lo largo de la frontera de 249km entre Colombia y Venezuela. El escaso suministro de agua, y la falta de acceso a los servicios de salud y educación, evidencian la débil infraestructura en esta área, explicando a través de los

¹ <https://r4v.info/en/situations/platform> (datos del 5 de mayo de 2020). Datos tomados del sitio web el 07 de mayo de 2020.

² <https://r4v.info/en/situations/platform> (datos del 29 de febrero de 2020). Datos tomados del sitio web el 07 de mayo de 2020.

³ R4V. Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes 2020 –Actualización de Mayo 2020. Consultado el 11 de mayo de 2020. <https://r4v.info/es/documents/download/76210>

⁴ Ministerio de Relaciones Exteriores, 2018

⁵ Al momento de redacción del ARG de CARE Colombia (2019)

indicadores negativos en salud como altas tasas de mortalidad infantil. El área además tiene una larga historia de contrabando, con estructuras criminales locales y grupos armados que controlan el tráfico de personas y productos, que incluye gasolina, drogas ilegales y artículos no alimentarios. El departamento del Norte de Santander es el principal punto de entrada desde Venezuela hacia Colombia, con una extensión fronteriza de 421 kms. La presencia de grupos armados relacionados con conflictos internos en Colombia limita la movilidad en el departamento, a la vez que crea altos niveles de riesgo relativos a la violencia, el reclutamiento de niños y la VG. La principal área metropolitana de Cúcuta tiene una amplia cartera de servicios públicos, pero tanto la migración pendular como la de tránsito, han creado una economía basada en remesas, disponibilidad de mano de obra y alta inflación. Las personas desplazadas se concentran en áreas periféricas, sin acceso al sistema de alcantarillado ni al de electricidad. Las limitaciones preexistentes del servicio público y del espacio provocan que el hacinamiento sea una fuente de riesgo para mujeres, hombres, niñas y niños. Existe aumento en el reclutamiento para las células urbanas de los grupos armados, con especial interés para los grupos vulnerables específicamente dedicados a operaciones de contrabando ilegal.

Ecuador gradualmente se ha convertido en un destino para la población venezolana en lugar de una ruta de tránsito. A fines de marzo, 363.018⁶ venezolanos estaban registrados oficialmente como residentes en el país, o en tránsito hacia otros países. Sin embargo, la mayor parte de actores operativos consideran que esta cifra probablemente represente únicamente el 50% del número real, ya que muchas personas ingresan a través de cruces fronterizos informales, y, por lo tanto, no están registradas en el sistema. En promedio, 200 personas llegaban diariamente por cruces regulares, mientras que hasta 5,000 lo hacía por pasos irregulares. El gobierno ecuatoriano impuso en julio de 2019 una serie de medidas de migración para controlar la entrada de migrantes venezolanos, después de que Chile y Perú empezaran a exigir visas para entrar a sus territorios. Se reporta que los cruces ilegales están controlados por grupos ilegales como guerrillas, narcotraficantes, bandas de contrabandistas, y redes del crimen organizado. Ecuador está atravesando una aguda crisis económica y política, que crea tensiones entre las poblaciones locales de acogida y los migrantes / refugiados al competir por recursos y servicios.

Perú acogía oficialmente a más de 850,000 en septiembre de 2019, la mayoría de los cuales ingresó al país en 2018. El gobierno peruano inicialmente siguió una política de migración abierta para la población venezolana; sin embargo, este marco de políticas cambió gradualmente a medida que la opinión pública se tornó menos hospitalaria, limitando la migración desde Venezuela. Este marco normativo más estricto impone requisitos migratorios que son imposibles de cumplir, lo que provoca que muchos de ellos ahora utilicen pasos irregulares. A su llegada al país, la integración en la sociedad peruana resulta difícil y lenta. Perú tiene altos niveles de informalidad (en comercio y trabajo, entre otras áreas)⁷, fuertes grupos sociales religiosos y conservadores,⁸ altos niveles de VG⁹, racismo y discriminación social contra grupos vulnerables.

Venezuela presenta fuertes caídas en los indicadores de salud, seguridad, y calidad de vida como resultado de la crisis. Los niveles de pobreza en el país pasaron del 41% de hogares en 2015, al 52% en 2018, evidente en las tasas de mortalidad materna que aumentaron de 68.66 muertes por cada 100,000 nacimientos en 2013 a 112.29 mujeres fallecidas en julio de 2016 (las cifras más recientes disponibles)¹⁰ mientras que la mortalidad de neonatos aumentó en al menos un 30% desde el comienzo de la crisis.¹¹ Para 2018, el porcentaje de jóvenes de 12 a 17 años que asistían a la escuela disminuyó al 70%, además, el 94% de los hogares encuestados indicaron que sus ingresos eran insuficientes para satisfacer todas sus necesidades. El 80% de los hogares encuestados informaron inseguridad alimentaria.¹²

Muchos venezolanos enfrentan desafíos significativos para satisfacer sus necesidades básicas mientras están en tránsito o al llegar a sus países de acogida. A menudo tienen que lidiar con altos niveles de xenofobia y violencia, al tiempo que se ven imposibilitados de acceder a servicios básicos y de protección. Los riesgos de protección, como la trata (para explotación laboral y sexual) y otras formas de VG, son particularmente graves para un gran número de niños no acompañados, y mujeres que viajan solas con niños pequeños. Los migrantes y refugiados a menudo también enfrentan barreras para acceder a

⁶ <https://r4v.info/en/situations/platform/location/7512>, tomado del Informe del 5 de Mayo 2020 de la Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela (RV4), datos del 31 de marzo de 2020

⁷ INEI 2019

⁸ Revista Argumentos, No-1-Año-12-2018

⁹ ENDES 2018

¹⁰ Según el Informe del Ministerio del Poder Popular de la Salud, *Sala Situacional para la Erradicación de la Mortalidad Materna 2017*; Lopez, 2017.

¹¹ Según Amnistía Internacional (2018)

¹² UCAB, UCCV, USB, s.f.)

oportunidades de medios de vida en sus países de acogida, lo que conduce a una floreciente economía sexual transaccional.

COVID-19. En América Latina y el Caribe los primeros casos de COVID-19 se registraron en Brasil en febrero de 2020. Venezuela, considerado uno de los países más vulnerables de la región frente al COVID-19, en relación con el pobre estado del sistema de salud del país, reportó sus primeros casos el 13 de marzo. En Sudamérica, Ecuador y Perú son dos de los países más afectados, con altas tasas de infección y mortalidad. Al momento de escribir este informe, los datos desagregados por género estaban disponibles únicamente para Ecuador, Perú y Colombia, pero, en cada país, las tasas de mortalidad e infección siguen la tendencia global de ser más altas para los hombres que para las mujeres.

La pérdida de empleos resultantes de las restricciones de movilidad relacionadas con el COVID-19, especialmente aquellos relacionados con la economía informal, y el aumento de los costos de los recursos básicos en los países de acogida, ha limitado tremendamente la capacidad de pago de alojamientos, alimentos u otras necesidades básicas para muchos venezolanos. Así, entre abril y mayo de 2020, se registró un aumento en los niveles de desalojos a venezolanos en los países de acogida y por consiguientes muchos cayeron en la indigencia. En términos generales, las condiciones de los venezolanos impiden que puedan cumplir con las medidas de cuarentena y de distanciamiento social.¹³ Esto ha resultado en el aumento de los retornos espontáneos a Venezuela¹⁴, forzados por las condiciones a la vez que están expuestos a riesgos adicionales de salud y protección en su nuevo viaje, tal es el caso del aumento en los casos de trata y explotación por parte de contrabandistas, y presión para participar en sexo por supervivencia. También han aumentado los incidentes de xenofobia y violencia contra los venezolanos por parte de las comunidades de acogida, que los perciben como potenciales "transmisores de enfermedades". Los sistemas de salud sobrecargados y los continuos movimientos en las fronteras ahora no monitoreadas ha aumentado su exposición y vulnerabilidad al COVID-19. A medida que disminuyen las restricciones de movilidad, no está claro cuándo y cómo se permitirá a los migrantes venezolanos reingresar en las fuerzas laborales del país de acogida y / o acceder de forma segura a las oportunidades de ingresos. En resumen, el COVID-19 ha exacerbado todos los desafíos de salud, economía y protección que amenazan la vida de refugiados y migrantes venezolanos en toda la región.

Objetivos del ARG

Este informe contempla los siguientes objetivos:

- **Identificar tendencias y diferencias clave con respecto de la situación y las vulnerabilidades** que enfrentan mujeres, hombres, niñas y niños afectados por la crisis de Venezuela en cuatro países: Venezuela, Colombia, Ecuador y Perú;
- **Comprender el impacto de la crisis venezolana en la dinámica de género de los venezolanos** en toda la región y cómo la esta puede haber generado cambios en estas relaciones;
- **Brindar un panorama sobre las necesidades de protección comunes y urgentes de las mujeres, hombres, niños y niñas venezolanos** tanto en su país de origen como en los de acogida; resaltar posibles brechas en las actuales respuestas humanitarias en Venezuela y / o en los países de acogida (como resultado de los cambios en las relaciones de género);
- **Analizar posibles puntos de entrada (geográficos y programáticos) y presentar recomendaciones concretas con enfoque de género** a los actores humanitarios, para que ayuden a mejorar la respuesta humanitaria en toda la región.

Metodología

Antecedentes. Los ARG se construyen de forma progresiva utilizando una variedad de información primaria y secundaria que busca comprender los roles y las relaciones de género, y cómo implementar estrategias para apoyar la cambiante dinámica de género durante una crisis. Este, proporciona recomendaciones prácticas de programación y operativas para atender las diferentes necesidades de

¹³ Ibid

¹⁴ Actualización Flash: Actualización COVID-19. 17 de abril de 2020.

mujeres, hombres, niños y niñas de diferentes edades, habilidades, y otras formas de diversidad relevantes para el contexto, garantizando que "no ocasionar daño". Los ARG utilizan herramientas y enfoques de los Marcos de Análisis de Género y los adapta a plazos ajustados, a contextos que cambian rápidamente y a entornos inseguros que a menudo caracterizan a las intervenciones humanitarias. Los ARG siguen un proceso iterativo, los datos compilados en este documento se actualizarán debidamente a lo largo del tiempo cuando se produzcan nuevos hallazgos y recomendaciones.

Este informe. Es una consolidación de cuatro reportes previos realizados entre mayo de 2019 y enero de 2020 en Venezuela, Colombia, Ecuador y Perú. Estos se complementaron con datos secundarios del ARG de CARE LAC sobre el COVID-19 (abril de 2020), y dos entrevistas con informantes clave del personal de CARE en Colombia (mayo de 2020).

La información seleccionada y presentada en este informe representa las tendencias clave identificadas para mujeres, hombres, niños y niñas venezolanos en la región en el transcurso de los seis ejercicios mencionados durante un período de 12 meses. La información fue seleccionada e incluida en este informe si:

- Representa una característica compartida por todos los hombres, mujeres, niños, niñas y personas LGBTQ+ venezolanos en los 4 países.
- Constituye una diferencia específica o clave, única para hombres, mujeres, niños, niñas, y personas LGBTQ+ venezolanas, que ocurre en 1 o 2 de los países (y, por lo tanto, podría ser significativa para los venezolanos en otros países, y debería explorarse más).

Todo el resto de información, aunque importante y rica en contenido, no fue seleccionada para su inclusión en este informe, pero consta los informes ARG individuales de cada país.

Métodos de Investigación y Participantes

Los ARG de origen incluyen una mezcla de recopilación y análisis de datos secundarios y primarios, levantados mediante mapeo comunitario, encuestas, Entrevistas a Informantes Clave (EIC), y debates de grupos focales. Se realizaron:

- **Mapeo Comunitario** con 917 individuos (607 mujeres, 310 hombres) en Perú;
- 36 debates de **Grupos Focales (DGF)** en los cuatro países, divididos por género, edad, y ciertos factores de vulnerabilidad, que incluyen a mujeres embarazadas y lactantes;
- 95 entrevistas a Informantes Clave (**EIC**) en los cuatro países: migrantes y refugiados venezolanos, líderes comunitarios, representantes de agencias gubernamentales, organizaciones no gubernamentales (ONG), y otros proveedores de servicios
- 2,618 **encuestas**: 1,682 mujeres, 913 hombres, y 22 personas con diversidad de género en tres de los cuatro países (Ecuador, Perú y Venezuela)

¹⁵ Colombia: 6 al 13 de Mayo 2019 (una parte del análisis de datos secundarios se completó antes y después de este período), Ecuador: 5 al 20 de Noviembre 2019, Peru: 3 de Diciembre 2019 al 9 de Enero 2020.

| Desglose de los participantes de ARG por edad, sexo y ubicación | Colombia* | Ecuador | | | Perú | | | Venezuela*** | | | | Total | |
|---|----------------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|-----------|--------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| | Total | Total | 12-17 | 18+ | Total | 12-17 | 18+ | Total | 12-19 | 20-50 | 60+ | | |
| Mapeo Comunitario | Total | 0 | 0 | | | 917 | 77 | 840 | 0 | | | | 917 |
| | Mujeres | | | | | 607 | 41 | 566 | | | | | |
| | Hombres | | | | | 310 | 36 | 274 | | | | | |
| | Diversidad de Género | | | | | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| Debates de Grupos Focales | Total | 4 | 12 | | | 5 | | | 15 | 3 | 8 | 4 | 36 |
| | Mujeres | | | | | 2 | | | 9 | 2 | 6 | 1 | |
| | Hombres | | | | | 1 | | | 4 | 1 | 2 | 1 | |
| | Diversidad de Género | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Mixto | | | | | 2 | | | 2 | 0 | 0 | 2 | |
| Encuestas | Total | 0 | 782 | 56 | 726 | 902 | 77 | 825 | 934 | 216 | 617 | 101 | 2618 |
| | Mujeres | | 534 | 35 | 499 | 601 | 41 | 560 | 552 | 133 | 358 | 56 | 1687 |
| | Hombres | | 238 | 20 | 218 | 301 | 36 | 265 | 370 | 83 | 246 | 45 | 909 |
| | Diversidad de Género | | 10 | 1 | 9 | | | | 12 | | | | 22 |
| EIC** | Total | 45 | 27 | | | 15 | | | 8 | | | | 95 |

* Nota: Los datos de Colombia no están desglosados por edad.

** Nota: De las 45 EIC en Colombia, 15 fueron con migrantes y refugiados venezolanos

*** Nota: El desglose de los resultados de las encuestas de Venezuela se da por género, mientras que para los otros países se da por sexo, debido a discrepancias en los datos. Consulte el informe de Venezuela para obtener información desglosada por sexo.

En cada contexto, la recopilación de datos primarios se complementó con análisis de datos secundarios, tomados de fuentes del gobierno, de agencias de las Naciones Unidas y de ONG.¹⁶

Enfoque Geográfico

Las ubicaciones para la recopilación de datos primarios se eligieron distintamente en los 4 países por su proximidad a las fronteras, por el alto número de personas desplazadas, por limitaciones conocidas en el acceso a servicios y recursos, y por la facilidad de acceso a los participantes a través de proyectos existentes de CARE y sus socios.

| País | Ubicación (Estado / Departamento / Provincia) |
|-----------|--|
| Colombia | Riohacha y Maicao (Departamento de La Guajira); Cúcuta y Puerto Santander (Departamento del Norte De Santander); Bogotá. |
| Ecuador | Provincia del Oro (frontera con Perú), Pichincha, Azuay, Manabí, y Sucumbíos. ¹⁷ |
| Perú | Callao, Lima, Piura, Tumbes y La Libertad |
| Venezuela | Debates de Grupos Focales (DGF): Bolívar (Estado de Táchira – Frontera con Colombia), Sucre (Estado de Miranda) y Vargas (Estado La Guaira). Entrevistas: Caracas. |

¹⁶ Para acceder a una lista completa, consulte los informes ARG individuales de cada país.

¹⁷ En Ecuador, la recolección de datos se hizo con el apoyo de cinco organizaciones: Fundación Quimera y Plataforma Latinoamericana de Personas que realizaron Trabajo Sexual (PLAPTERS), Fundación Alas de Colibrí, Diálogo Diverso, Fundación Nuevos Horizontes, y dos profesionales vinculados a organizaciones de mujeres en la provincia de Sucumbíos.

Limitaciones

- **Seguridad:** Las preocupaciones de seguridad y los riesgos relacionados con el estatus migratorio impidieron que algunos migrantes, refugiados e informantes clave participaran en los tres países de acogida. Algunos participantes no quisieron discutir temas sensibles, como la regularización migratoria o la xenofobia.
- **Participación:** En Colombia, el breve período asignado a la recolección de datos primarios significó que la cobertura geográfica fuese limitada, y que el ARG no llegara a las personas ubicadas en los asentamientos informales más lejanos de la frontera, ni a los pequeños asentamientos indígenas. En Perú, el momento en que se realizó la recopilación de datos dificultó la inclusión de adolescentes debido a las vacaciones escolares. En Venezuela no se pudieron realizar entrevistas con funcionarios del gobierno nacional, por esta razón, el análisis para el caso de Venezuela principalmente utiliza información gubernamental de dos fuentes: el sitio web del Instituto Nacional de Estadística (INE) y el documento del *Plan para la Patria*. En Ecuador, muchos informantes clave delegaron personal bajo su supervisión en lugar de participar ellos mismos.
- **Representatividad:** En Venezuela, el 50.45% de hogares encuestados tenía a una mujer como jefe de familia, superior al promedio nacional de 39%. En Colombia, la mayoría de los encuestados informaron haber estado en el país por menos de dos meses. Esto se debe posiblemente al temor a la deportación, ya que muchos inmigrantes ingresan con visa de turista, válida por 90 días. Por consiguiente, la encuesta podría únicamente representar perspectivas de un subconjunto de la población de migrantes y refugiados.
- **Información limitada sobre grupos en riesgo:** Se pudo recopilar información limitada sobre grupos en riesgo como las poblaciones indígenas y LGBTIQ+. Algunas personas con diversidad de género prefirieron no identificarse como tales debido a preocupaciones de seguridad. En Perú por ejemplo, los participantes fueron contactados a través de actividades organizadas por los gobiernos u otros actores, personas con discapacidades físicas o intelectuales, enfermedades crónicas o aquellas en situación de pobreza extrema pueden haber quedado fuera de la muestra.
- **Comparabilidad entre los ARG:** Si bien fue posible identificar tendencias similares en algunos aspectos, resultó difícil comparar los cuatro países en algunas variables en vista de que hubo, ya que incluyen diferentes categorías de edad y género, diferentes enfoques sectoriales principales, diferentes niveles de profundidad en diferentes áreas temáticas y, en ocasiones, diferentes cuestiones sobre un mismo tema. Por lo tanto, este informe trata de extraer tendencias comunes, tanto en cuanto sea posible y señala cuándo es probable que otros datos se repitan como tendencias entre los diferentes países, incluso si los datos actuales de los ARG no lo incluyen y sugiriendo así que sean explorados en futuros ARG.
- **COVID-19:** Los ARG se realizaron en los cuatro países antes de que el COVID-19¹⁸ surgiera como una pandemia mundial, y bastante antes de que se registraran los primeros casos en América Latina y el Caribe. Por lo tanto, los datos primarios recopilados en los diferentes países no abordan ningún cambio relativo a la relación de género que pueda asociarse con la enfermedad, o con las restricciones de movilidad y medidas de salud pública resultantes; sin embargo, este ARG toma datos de fuentes secundarias para incluir una breve actualización sobre el contexto del COVID-19, dada la consolidación ocurrida durante y después de la aparición de la pandemia.

¹⁸ COVID-19: Epidemia del Coronavirus 2019.

Perfil Demográfico

De los cerca de 5.1 millones de migrantes y refugiados venezolanos a nivel mundial, se estima que más de 3 millones se encuentran en los tres países de acogida que cubre este informe. Colombia alberga a aproximadamente 1.8 millones de venezolanos, mientras que más de 861,000 están registrados en Perú y 363,018 en Ecuador (en tránsito o en el país).¹⁹

Las primeras olas migratorias desde Venezuela consistieron principalmente en hombres profesionales con suficientes fondos para mantenerse y capacidad para regularizar su situación migratoria; a lo largo del tiempo composición ha cambiado con la llegada de más mujeres y niñas venezolanas. Por ejemplo, el 55% de los venezolanos que ingresaron al Ecuador registrados en 2019 son mujeres: el 29% son menores de 18 años, el 65% tiene entre 18 y 55 años, y el 4% son ancianas.²⁰ Esto no incluye a las personas que ingresaron al país por cruces fronterizos ilegales, los cuales se estima ser el 80% del flujo migratorio hacia Ecuador. En Colombia, funcionarios de salud en cruces fronterizos formales, indicaron que aproximadamente la mitad de las mujeres venezolanas que cruzaron a Colombia estaban embarazadas o viajaban con niños pequeños en busca de atención médica. Algunos niños cruzan a ciudades fronterizas en Colombia todos los días para poder ir a la escuela, debido a la interrupción de su educación en Venezuela.

Hallazgos y análisis

Roles y Responsabilidades de Género

Roles de Género antes de la Crisis

En Venezuela, las normas machistas de género y sociales han ubicado históricamente a los hombres en roles tradicionales como principal proveedor y encargados de tomar las decisiones por la familia, mientras que las mujeres son las principales responsables de la crianza de los hijos y del trabajo doméstico en sus hogares. Estas visiones tradicionales y estereotipadas de los roles de género a menudo se evidenciaron entre la población venezolana encuestada. Por ejemplo, los DGF con participantes venezolanos masculinos revelaron una serie de creencias tradicionales en este sentido en los tres países, en las que los participantes hacían afirmaciones como "cocinar es trabajo de mujeres", "a veces es bueno golpear a (tu) mujer" y "es aceptable dormir con otras mujeres (como hombre), pero que las mujeres deben *preocuparse* por sí mismas (verse bien y no tener relaciones sexuales con otros)".

Los datos de los cuatro países también demuestran cómo estos roles tradicionales se reflejaban en los ingresos y en las oportunidades laborales antes de la crisis, pues en general los hombres en parejas heterosexuales ganan más que sus esposas. Según datos de la ENPOVE 2018 en Perú, el 65% de los hombres y el 60% de las mujeres encuestadas declararon que los hombres ganan más que sus pares femeninos, mientras que sólo el 20% de las mujeres y el 12% de los hombres encuestados declararon que los hombres ganan menos que sus parejas. Estas dinámicas de género provocaron que los hombres dominaran la toma de decisiones y el acceso a los recursos entre las parejas en Venezuela, independientemente de la clase socioeconómica, o del país al que los entrevistados hubiesen emigrado.

¹⁹ R4V Números actualizados al 7 de mayo de 2020. Consultar; <https://r4v.info/en/situations/platform/location/7416>

²⁰ Ministerio de Gobierno del Ecuador, Informes de Flujo Migratorio 2016, 2017, 2018, 2019 (última actualización 26 de septiembre de 2019). pg.1

Roles de género y migración

Los datos de los 4 países muestran que la división tradicional de los roles de género también influenciaron las dinámicas migratorias de la población Venezolana.

Los resultados indican que las primeras olas migratorias fueron compuestas principalmente por hombres migrando para proveer para sus familias (i.e. 59% de los hombres en Ecuador, 63% en Perú). Los flujos migratorios posteriores lentamente mostraron un aumento en la población femenina, a medida que las mujeres, las niñas, los niños y las familias completas migraron para reunirse con los miembros de la familia que inicialmente viajaron al país de acogida (58% de mujeres en Perú).



Este patrón migratorio produjo tanto cambios como exacerbaciones de los roles de género tradicionales de las mujeres venezolanas. En Venezuela, la migración de los hombres en búsqueda de oportunidades de trabajo más lucrativas (y / o escapando de la alta probabilidad de ser encarcelados o puestos bajo arresto domiciliario debido al deterioro político), dejó a las mujeres solas en hogares mixtos, con mayores responsabilidades relativas a la generación de ingresos y a la de toma de decisiones, sumados a sus roles existentes como cuidadoras. Esto dio como resultado que la mayoría de las mujeres encuestadas (tanto en Venezuela como en los países de acogida) se convirtieron en la cabeza de hogar y por lo tanto responsables como cuidadoras y proveedoras primarias de niños pequeños y otras personas dependientes. Si bien esto ha implicado que las mujeres asuman la toma de decisiones y el liderazgo en sus hogares, también conlleva mayores cargas de atención y de trabajo que, a su vez, aumentan su vulnerabilidad y la de sus dependientes.

Los datos de las consultas en los 4 países evidencian que dichos roles y responsabilidades adicionales continuaron para la mayoría de las mujeres en sus lugares de acogida. Por ejemplo, el 52.4% de las mujeres encuestadas en Perú indicó que continuaban siendo cabeza de familia, ya que, incluso en la nueva ubicación, seguían siendo el principal proveedor económico de su familia. En varios países se evidencia que este cambio de rol para las mujeres venezolanas trajo consigo una mayor autoestima y un sentido de agencia, a pesar del estrés adicional y las nuevas preocupaciones.

A medida que ha aumentado la reunificación familiar y la migración de mujeres con dependientes, también lo ha hecho la carga de cuidados de las mujeres que se quedaron en Venezuela. En Perú, 1 de cada 5 grupos de migrantes que viajan con menores (21%) indicó que había dejado a otros menores de su familia en su país bajo el cuidado de familiares u otros. En los países de acogida, las mujeres y los hombres venezolanos informaron que, en gran medida, organizan el cuidado de los niños que se quedan en el país dentro de sus propias redes familiares, apoyándose en tías, abuelas y otros miembros femeninos de la familia que brindan cuidado adicional no remunerado. Tanto en Colombia como en Perú, las mujeres y los hombres demostraron claramente que, sin estas redes de atención y apoyo dirigidas por mujeres, las familias migrantes enfrentan mayores dificultades para acceder a recursos y/o están más limitadas en las formas de empleo a las que pueden acceder. Si bien en algunos países, como Perú, es posible acceder a servicios de cuidado infantil, éstos a menudo son limitados e insuficientes. Asimismo, los servicios de cuidado muchas veces no son compatibles con los horarios de los padres o cuidadores y por lo tanto el trabajo de cuidado no remunerado de las mujeres constituye un elemento esencial para las estrategias de migración y supervivencia económica de los hogares. En los procesos migratorios, aumenta aún más la carga de trabajo doméstico de las mujeres, así como las barreras para acceder a un trabajo seguro y digno.

Acceso y Control de Recursos

Antes de la crisis el gobierno de Venezuela proveía la mayoría de los servicios públicos a través de subsidios para servicios como agua, electricidad, combustible y salud. Los hombres estaban en mejores condiciones para cubrir los costos de los servicios y de tomar decisiones sobre éstos. Además, antes de la acelerada hiperinflación, los alimentos y otros activos se compraban principalmente con los ingresos masculinos del hogar. Sin embargo, con el cambiante clima económico, político y social de los últimos años en Venezuela, la crisis actual provocó escasez de servicios públicos como electricidad, agua y gas natural para cocinar. Esta situación desafió el control masculino sobre las necesidades del hogar, y trajo consigo mayor participación e involucramiento por parte de las mujeres en el control de los recursos.

La comida tradicionalmente ha sido un área donde las mujeres toman decisiones para el hogar. Sin embargo, con el desarrollo de la crisis, las mujeres venezolanas encuestadas pudieron reclamar un mayor control sobre los activos no alimentarios, ya que muchas tuvieron que vender estos artículos (televisión, muebles u otros activos) para recaudar el efectivo necesario para comprar alimentos; primordialmente porque sus parejas masculinas, y los tradicionales tomadores de decisiones del hogar, emigraron.

Entre las poblaciones migrantes los roles de género han cambiado en otras áreas tradicionales de recursos. Por ejemplo, los riesgos de seguridad para mujeres y niñas en los asentamientos informales en Colombia, implicó que hombres y niños se convirtieran en los principales responsables de buscar fuentes de agua para sus hogares. Al preguntar sobre la seguridad, los participantes venezolanos en Colombia respondieron que las mujeres y las niñas pueden apoyar en estas actividades, pero que generalmente están acompañadas por un hombre para garantizar su seguridad.

En general, se revelan algunas oportunidades interesantes para el cambio de los roles de género en medio de esta crisis, incluido el aumento de la agencia y la toma de decisiones de las mujeres en el hogar, así como una mayor incursión de los hombres en las labores de cuidado. Sin embargo, la mayor parte de mujeres y niñas encuestadas en los cuatro países afirmaron que su participación en la preparación de alimentos, en el cuidado del hogar y en salud, así como el tiempo adicional que ahora dedican a generar ingresos y recursos domésticos, ha aumentado enormemente la carga de trabajo en sus hogares en comparación con la de los hombres; y que ello está afectando negativamente su salud mental, física y emocional de formas distintas a la de sus contrapartes masculinas.

Impactos del COVID-19

El COVID-19 y las medidas de salud pública relacionadas afectan desproporcionadamente a los refugiados y migrantes en la región, especialmente a mujeres y niñas. Si bien los datos específicos sobre roles y relaciones de género apenas están surgiendo, destacan tendencias como la exacerbación del trabajo de cuidado no remunerado del hogar entre mujeres y niñas. En la región de América Latina y el Caribe (ALC), las mujeres en promedio destinan cada día tres veces más tiempo que los hombres a labores domésticas y de cuidado no remuneradas. Antes de la crisis, esto significaba que las mujeres en América Latina destinaran un total de 22 a 42 horas a la semana al trabajo doméstico no remunerado.²¹ Si bien no hay datos recientes para Venezuela, según la CEPAL, las mujeres en Perú destinan aproximadamente 39.9 horas a la semana a trabajos de cuidado no remunerados (24 horas más que los hombres peruanos), mientras que las mujeres en Ecuador



²¹ En los países donde estos datos estaban disponibles. CEPAL. "La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe". 2 de Abril de 2020. Pg 1. <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45335/1/S2000261_es.pdf>

asignan 37 horas (27 horas más que los hombres), y las mujeres colombianas 32.9 horas a la semana (casi 20 horas más que los hombres). No existe razón para suponer que esta tendencia sea diferente para las mujeres y los hombres venezolanos, considerando el acceso limitado a la atención infantil o a otros servicios de atención en sus países de acogida. Las mujeres que habitan en hogares con acceso limitado al agua potable, como los asentamientos en condiciones de hacinamiento, destinan entre 5 y 12 horas más por semana a trabajos domésticos y de cuidado no remunerados que las mujeres que viven en hogares sin tales privaciones.²² Las medidas de cuarentena y las normas de distanciamiento social, como el cierre de escuelas y el tránsito limitado, se combinaron con las desigualdades preexistentes para aumentar extraordinariamente la carga de atención de las mujeres ante la crisis del COVID-19; este factor ha impactando negativamente la salud física y emocional, así como su capacidad de acceder a oportunidades de generación de ingresos.

Capacidad y Mecanismos de Afrontamiento

Medios de vida

El trabajo informal y el estatus migratorio irregular es muchas veces el opuesto del empleo digno y decente. En Venezuela, la crisis ha creado un mercado laboral local cada vez más precario y una mayor dependencia en las remesas internacionales; el 6,8% de mujeres encuestadas informaron haber recibido remesas, en comparación al 2,9% de hombres. Solo el 15% de las mujeres cabezas de familia informan que sus ingresos son suficientes para cubrir sus necesidades, frente al 26% de los hombres. Todos han notado una disminución en las oportunidades de trabajo formal o profesional, así como un incremento en el comercio informal. Las personas LGBTIQ+ también reportan mayores niveles de dependencia de ventas informales y de trueques para obtener bienes esenciales.

El desplazamiento crea desafíos adicionales relativos a la generación de ingresos que sean suficientes para cubrir necesidades básicas. Por ejemplo, en Colombia, los migrantes y refugiados informaron sobre hurtos de dinero, ropa y documentos legales durante su viaje al país de acogida. Algunos hombres y niños informaron haber viajado a Colombia por cortos períodos de tiempo para ganar dinero que enviarían a sus hogares, ya sea por medios legales o transportando artículos a través de las fronteras (armas, drogas y gasolina). En las zonas fronterizas, muchas mujeres y niñas informaron haber vendido su cabello (para la producción de pelucas) para ganar dinero.

A su llegada al país de acogida, las oportunidades de empleo son escasas, a menudo riesgosas y generalmente informales. De todas formas, existen importantes diferencias de género en todos los lugares encuestados: por ejemplo, en Ecuador, el 40% de las mujeres y el 38% de las personas LGBTIQ+ encuestadas dicen estar desempleadas, en comparación con el 29% de hombres. La situación es similar en Perú, donde únicamente el 64% de las mujeres afirman generar algún tipo de ingresos, frente al 73% de los hombres. En Colombia, Ecuador y Perú, muchos trabajan en el sector informal como vendedores ambulantes, recolectando basura para reciclaje o pidiendo dinero. Muchas mujeres y niñas realizan trabajo doméstico o trabajan en bares; informes recurrentes de mujeres y población LGBTIQ+ dicen haber tenido relaciones sexuales transaccionales. En Colombia, algunos encuestados informaron que las madres empujan a sus hijas a hacerlo. Algunos hombres y adolescentes se dedican a trabajos de construcción, y otros al contrabando de combustible, de drogas y de otros productos, una situación que aumenta su vulnerabilidad al reclutamiento en bandas criminales y grupos armados.

Su nacionalidad y estatus migratorio son parte de las barreras que los venezolanos desplazados encuentran para acceder a plazas de trabajo en países de acogida, en Perú por ejemplo el 15% de quienes afirman no tener ingresos dicen que se les ha negado un trabajo por esa razón; por otra parte, otro 7% dice haber renunciado porque el empleador no realizó el pago correspondiente o acordado. Las mujeres y niñas reportan no poder buscar trabajo por la alta cargas de trabajo de cuidado, así como por acoso sexual.

Adicionalmente, la explotación laboral también se evidencia en largas jornadas sin regulación, por ejemplo, en Perú el 55% de los encuestados dice trabajar más de 60 horas a la semana o 14 horas al día. Esta situación genera impacto en los roles de cuidado de mujeres y hombres, que se ven obligados a

²² Ibid.

redistribuir tareas y responsabilidades domésticas,²³ y en los costos asociados con la búsqueda de oportunidades de generación de ingresos.

Impacto del COVID-19

Refugiados y migrantes están siendo especialmente impactados por las medidas de contención al COVID-19 ya que las restricciones de movilidad han prácticamente cerrado las actividades de la economía informal, en la cual muchos se inserían. Más de la mitad de todos los hogares venezolanos entrevistados en Colombia para la Revisión del Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes COVID 19 (RMRP, por sus siglas en inglés) informaron tener problemas para cumplir con las medidas de cuarentena, principalmente debido a la necesidad de generar ingresos para cubrir sus necesidades básicas (43%) incluidos alimentos. En el caso de Ecuador, el 63% de los refugiados, migrantes, y comunidades de acogida encuestados mencionaron no tener trabajo durante la cuarentena.²⁴

Si bien de momento no ha sido posible realizar una evaluación sobre el impacto de la pandemia con respecto al género en migrantes y refugiados, podemos suponer que afectará a las mujeres de manera desproporcionada, y por más tiempo. La participación de mujeres y hombres en el sector informal varía en la región, por ejemplo, el 11.4% de mujeres están empleadas en el trabajo doméstico remunerado, de las cuales el 77.5% se encuentran en el sector informal.²⁵ Esto potencialmente aumentará las vulnerabilidades específicas de las mujeres frente al COVID-19, puesto que éstas deberán asumir mayores cargas de atención de sus empleadores debido al cierre de las escuelas, el retorno de la atención médica a los hogares individuales, entre otros. Las mujeres son incapaces de rechazar el trabajo, o de evitar sobre exponerse, y a sus dependientes, a mayores riesgos de infección, por dedicarse a trabajos de cuidado.

Un estudio realizado en Perú en 2017²⁶ evidenció que las mujeres con hijos muestran menores tasas de participación en el mercado laboral que sus contrapartes sin hijos (debido a su trabajo de cuidado), y que éstas se ubican principalmente en empleos informales y vulnerables, sin protección social. Dada la mayor propensión de las mujeres a migrar con niños y/o a la reunificación familiar, podemos asumir que, a medida que las restricciones del COVID comienzan a levantarse, las mujeres migrantes y refugiadas se enfrentarán a barreras adicionales para reintegrarse en el trabajo.

Participación y Liderazgo de las Mujeres

La crisis política, social y económica ha tenido un impacto desproporcionado en la participación y el liderazgo de las mujeres venezolanas en los cuatro países a los que se refiere este informe. Ellas han experimentado un aumento en las cargas reproductivas y en las tareas de cuidado del hogar, así como restricciones en su libertad para organizarse y movilizarse. Asimismo, las lideresas venezolanas que denuncian violaciones de derechos humanos son hostigadas y perseguidas.

Las mujeres dicen no haber sido consultadas en la respuesta humanitaria, a pesar de su continuo papel de liderazgo a nivel local ante las necesidades de la comunidad. Por ejemplo, en Colombia, la escala y la complejidad de la crisis ha llevado a las organizaciones humanitarias a centrarse en satisfacer las necesidades más básicas, relegando la participación de migrantes y refugiados en la respuesta humanitaria. Como resultado, las mujeres, hombres, niños y niñas tienen pocos, o ningún, mecanismo para expresar sus puntos de vista o inquietudes.

²³ Universidad Antonio Ruiz de Montoya y Ministerio del Trabajo, Perú

²⁴ R4V. Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes 2020 – Revisión de mayo del 2020. Consultado el 11 de mayo de 2020. <https://r4v.info/es/documents/download/76210>

²⁵ En los países donde estos datos estaban disponibles. CEPAL. “La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe”. 2 de Abril de 2020. Pg 1. <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45335/1/S2000261_es.pdf>

²⁶ <https://www.cies.org.pe/es/investigaciones/empleo-genero-pobreza/penalizaciones-salariales-por-maternidad-el-costo-de-ser-madre>

Aunque en la región existen muchas organizaciones de mujeres y que trabajan por la igualdad de género, éstas se encuentran sub representadas en la respuesta y en la toma de decisiones.

COVID-19. Las actividades continuas de ARG de CARE en Colombia (abril a mayo de 2020) contienen evidencia de que la participación de migrantes y refugiados se ha restringido aún más en relación con las restricciones de movilidad del COVID-19. Las mujeres venezolanas afirman que previo a las medidas, al menos tenían “una voz, pero no un voto”, asistiendo a reuniones municipales y espacios de toma de decisiones, pero que estas se han cerrado a partir de la cuarentena.

Protección²⁷

La población venezolana enfrenta riesgos de protección significativos, incluida la violencia generalizada y basada en género, así como la trata y el tráfico y la falta de acceso a servicios. En Colombia, Ecuador y Perú también enfrentan riesgos relacionados con su situación como actitudes y ataques xenófobos.

En Venezuela, los encuestados informaron que su principal temor es ser atacados por personas o grupos, y, en segundo lugar, temen ser víctimas de la violencia por parte de las autoridades (excepto entre las niñas de 18 a 19 años, para quienes la segunda mayor preocupación es la falta de acceso a los recursos). En las ocho categorías de violencia incluidas en el análisis, las mujeres y las niñas perciben mayores riesgos que los hombres y los niños. Algunas personas, especialmente niñas y niños adolescentes, y hombres adultos, incluso manifestaron su preocupación por participar en el ARG debido a los riesgos que esto podría causarles con las autoridades militares, gubernamentales o policiales.

El 31% de las personas encuestadas en Venezuela informaron conocer a alguien que ha experimentado algún tipo de violencia en el último año. Cuando la víctima de violencia era hombre, el 41% de encuestados informó que desconocía al autor de la violencia. Cuando la víctima fue una mujer, se informó que el 34% de los agresores eran parejas o ex parejas. Las personas LGBTIQ+, informaron que el 30% de los perpetradores de violencia fueron sus vecinos. Esto es revelador, ya que muestra patrones de violencia altamente basados en género, mismos que seguirán a los migrantes y refugiados a sus países de acogida; especialmente la violencia doméstica. Se reconocen varios grupos como particularmente vulnerables, incluidas las mujeres embarazadas, adolescentes y mujeres adultas mayores. Las mujeres embarazadas informaron no sentirse seguras en sus propios hogares, pues temen que los agentes estatales golpeen sus puertas. Los adolescentes informaron preocupaciones respecto de la escolaridad limitada, el ingreso al mercado laboral informal, necesidades de salud sexual y reproductiva insatisfechas, altas tasas de embarazo, y VG, entre otras.

El desplazamiento forzado exacerba los riesgos de protección. Muchas áreas fronterizas entre Venezuela y Colombia tienen altos riesgos preexistentes relacionados con grupos armados, desplazamiento interno y desastres naturales. Estos se han exacerbado aún más desde el inicio de COVID-19 por las acciones fronterizas militarizadas y el cierre de fronteras nacionales. Antes, los migrantes venezolanos que transitaban por estas áreas ya enfrentaban mayores riesgos de protección, incluidas la trata de personas y diversas formas de VG, como la explotación sexual y la esclavitud. Las mujeres y las niñas son las principales víctimas de tales formas de violencia, junto con algunos hombres, niños, y las personas LGBTIQ+. Quienes atraviesan la ruta migratoria a pie, también llamados “caminantes”, recorren distancias muy largas hasta la frontera del lado venezolano, sin acceso a refugio, infraestructura sanitaria, ni otras formas de apoyo. Durante su recorrido, a menudo se ven obligados a pagar tarifas en los cruces fronterizos informales, o se endeudan con quienes los controlan; son sumamente vulnerables a la explotación, el acoso, la violencia sexual, el reclutamiento para el tráfico de drogas infringido por grupos armados. Estos riesgos son diferentes para los “caminantes” masculinos y femeninos, especialmente porque es muy probable que las mujeres caminantes viajen con niños y/o dependientes.

Muchos de aquellos que hacen el largo viaje hacia Colombia, Ecuador y Perú experimentan violencia en el camino o tras su llegada; entre las que figuran ataques xenófobos, robos, agresiones físicas, violencia psicológica, violencia sexual y extorsión. Las mujeres reportaron los niveles más altos de violencia sexual, mientras que los hombres reportaron robos y peleas como sus mayores preocupaciones de seguridad.

²⁷ Se define Protección como el contexto y el entorno que permite a las personas responder y superar las diferentes vulnerabilidades que enfrentan. En los cuatro países, los venezolanos reportan altos niveles de riesgos de Protección.

Riesgos Relacionados con la Inmigración y el Estatus Legal

Muchos venezolanos llegan a su destino poca información y escasas redes de apoyo, a menudo sin recursos financieros y sin la posibilidad de obtener las visas apropiadas. Las fronteras son altamente permeables por la presencia de muchos cruces irregulares. Por ejemplo, en Ecuador el 5% de personas encuestadas informaron haber ingresado al país por medios irregulares, y el 8% dijo que tuvo que realizar algún tipo de pago para ingresar. Los datos de los ARG evidencian que, en los cruces fronterizos, policías, agentes de migración, contrabandistas, taxistas, entre otros aprovechan su posición de poder frente a los migrantes para extorsionarlos. Además, existen denuncias sobre malos tratos de parte del personal de migración en caos de no cumplir con los requisitos de legales, a la vez que ignoran a aquellos que necesitan protección, incluidos niños y adolescentes viajando solos. Se ha reportado que los agentes de migración no proveen información sobre el proceso para solicitar asilo así como los procedimientos de residencia y de acceso a los servicios.

Una vez que los venezolanos llegan al país de acogida, existen obstáculos críticos para regularizar su documentación, lo que a su vez limita el acceso a varios servicios y apoyo (trabajo, salud, educación, crédito, justicia). En Perú por ejemplo, más mujeres que hombres viajan en situación migratoria irregular; 59% de mujeres frente al 41% de hombres.²⁸

Xenofobia

En toda la región, el maltrato debido a la nacionalidad está estrechamente relacionado con el género. La imagen de la población venezolana está fuertemente influenciada por estereotipos que se difunden a través de los medios de comunicación y redes sociales; por ejemplo las mujeres venezolanas está híper sexualizadas, lo que las expone a mayor riesgo de acoso y abuso sexual en sus países de acogida. También se reportan actitudes y respuestas xenófobas entre las autoridades y los proveedores de servicios en los cuatro países. Se informó sobre xenofobia hacia migrantes y refugiados en Colombia, Ecuador y Perú, con altos niveles de violencia verbal, que incluyen insultos, amenazas y muestras de desprecio.

Violencia de Género

Los cambios sociales y económicos relacionados con la crisis han provocado modificaciones a la dinámica familiar, incluidos casos de hombres que abandonan a sus familias y un aumento de la violencia de pareja (VP) muchas veces normalizada y justificada.

La violencia sexual y la explotación son comunes, en Venezuela, se observó que buena parte de quienes controlan los cruces fronterizos informales consideran que la violencia sexual es una forma estándar de pago de tarifas. En Ecuador, los DGF evidenciaron que la mayoría de las mujeres que ingresaron al país por rutas irregulares sufrieron agresión sexual y otras formas de VG. Se ha informado sobre hombres colombianos que ofrecen amparo a las mujeres en Colombia, quienes en ocasiones tienen hijos pequeños a cambio de situaciones que implican servidumbre doméstica y esclavitud sexual. En los cuatro países, las mujeres venezolanas en busca de empleo informaron haber sido objeto de acoso, o recibir ofertas de empleo a cambio de favores sexuales. En Colombia, Ecuador y Perú, un gran número de migrantes y refugiados venezolanos son presionados o directamente obligados a tener relaciones sexuales transaccionales o de supervivencia. Por ejemplo, en Ocaña, Norte de Santander (Colombia), una encuesta mostró que el 90% de las trabajadoras sexuales eran venezolanas²⁹.

Tráfico de Personas

Una de las principales preocupaciones de protección en toda la región es la trata de personas. Los puntos de entrada a las redes de tráfico son abundantes a lo largo de la ruta de migración y a menudo se disfrazan de oportunidades de empleo. La trata, suele practicarse con fines de explotación sexual. Los participantes informan que a las mujeres venezolanas a menudo se les ofrece trabajo solamente en bares, que son lugares conocidos como puntos de entrada para las redes de trata. También se informó que menores

²⁸ Presencia de Inmigrantes en situación de vulnerabilidad en el Perú: Estudio preliminar realizado desde una perspectiva de género. Superintendencia Nacional de Migraciones. Lima, 2018. Pp.27

²⁹ La Opinión. En Ocaña, el 90% de prostitutas es de Venezuela. 23 July 2018. <https://www.laopinion.com.co/ocana/en-ocana-el-90-deprostitutas-es-de-venezuela-158787>

fueron reclutados por grupos armados en los cruces fronterizos desde Venezuela a Colombia. En Ecuador, los datos muestran que los migrantes sin familia o redes de apoyo a lo largo de la ruta son particularmente vulnerables, y la violencia extrema utilizada dentro de las redes de trata significa que los sobrevivientes sufren consecuencias a largo plazo o veces de por vida.

Acceso a Servicios, Apoyo y Protección

Existe una percepción generalizada de que las instituciones públicas y los proveedores de servicios no entregan apoyo o que, en caso de existir, este no es adecuado. Los encuestados sugirieron que los funcionarios a menudo ignoran los reclamos de refugiados y migrantes, o que son los funcionarios mismos la fuente de acoso o violencia. Muchos de los que experimentan violencia no lo denuncian a las autoridades por temor a represalias y / o arresto y deportación.

La provisión de servicios ante VG varía en los cuatro países: en Venezuela, los servicios son limitados y a menudo de baja calidad, una situación que ha empeorado con la crisis. En Ecuador, los servicios están más disponibles, sin embargo, es común que el personal de salud no esté familiarizado con las pautas más recientes para la atención relacionada con la VG, y que la atención psicosocial tenga problemas para tratar casos complejos. Tanto el personal de salud como el de protección informaron que carecen de herramientas para identificar posibles casos de violencia de género y trata. Perú por su parte, ha establecido protocolos de atención para sobrevivientes de violencia, servicios relacionados con la violencia de género proporcionados por el Ministerio de la Mujer, incluyendo una línea directa de apoyo y centros de emergencia para mujeres que brindan asistencia legal y asesoría disponibles también para migrantes y refugiados.

Es importante notar que migrantes y refugiados normalmente no están al tanto de la información sobre los servicios disponibles. En Venezuela, el 63% de los encuestados (61% de mujeres, 67% de hombres, 50% LGBTIQ+) informaron no tener información sobre servicios y apoyo de protección para casos de VG. En Ecuador, el 72% de los hombres, el 69% de las mujeres y el 50% de las personas LGBTIQ+ no sabían cómo denunciar casos de violencia sexual. En Perú, cuando se preguntó a los encuestados por su conocimiento de los servicios, las estadísticas fueron similares. No obstante, difieren significativamente las cifras sobre el acceso, el 16,6% de las mujeres y el 12,2% de los hombres informaron que pudieron acceder a los servicios. En todos los contextos, los encuestados informaron que el miedo, la falta de conocimiento, la vergüenza, o la falta de confianza en el sistema, son las principales barreras para acceder a los servicios.

Impactos del COVID-19

El COVID-19 y las restricciones de movilidad relacionadas han llevado a un aumento en todas las formas de violencia y riesgos de protección en toda la región. Según la Revisión de RMRP (mayo de 2020), existen "restricciones de movimiento, pérdida de ingresos y necesidades básicas subsiguientes insatisfechas como vivienda y seguridad, mayor discriminación y xenofobia, aislamiento de redes de apoyo y mayor exposición a parejas violentas (para mujeres y niñas)". "Las denuncias de violencia de género aumentaron en un 50% desde el inicio de la pandemia, y los más vulnerables y más privados de derechos, como los migrantes y los refugiados, fueron probablemente los más afectados, dado que también es probable que tengan menos acceso a los servicios; en varios de los países incluidos en este informe, dichos servicios ahora funcionan exclusivamente a través de internet. En Perú, los informes del 17 de abril de 2020³⁰ indican que 5.418 mujeres habían llamado a la línea de ayuda para denunciar incidentes de violencia de género desde el comienzo de la emergencia: 360 casos nuevos por cada día de confinamiento. Dado que las estadísticas nacionales indican que 7 de cada 10 mujeres en Perú han sufrido violencia por parte de su pareja, pero solo el 30% de ellas han informado, es posible suponer que los casos de VG han aumentado. Positivamente, las autoridades nacionales y los proveedores de servicios están haciendo grandes avances en desarrollar diferentes mecanismos para proporcionar servicios de VG y protección de forma remota, incluso cuando enfrentan desafíos para llegar a los sobrevivientes durante las medidas de cuarentena.

La violencia contra las personas LGBTIQ+ también aumentó. Tanto Colombia como Perú implementó esquemas de movilidad sujetas al género, limitando a las personas de diversidad sexo genérica por la clasificación binaria. Esto condujo a una mayor vigilancia y ataques contra personas LGBTIQ+ cuando salieron de sus hogares, especialmente en los casos en que las autoridades consideraron que el género

³⁰ CARE Peru Revisión del ARG COVID-19 (no publicado). Mayo 2020.

de las personas LGBTIQ+ era diferente al biológico. Dado que el 63% de las personas LGBTIQ+ encuestadas en Perú informaron haber experimentado algún tipo de discriminación o violencia antes del COVID, principalmente en espacios públicos, situación aún más apremiante para migrantes y refugiados.

Necesidades y aspiraciones

Las necesidades expresadas variaron ampliamente a lo largo de los diferentes contextos. En Venezuela, se identificó a la alimentación como necesidad común, de mayor prioridad en todos los grupos etarios y en todo el espectro sexo-genérico. Le siguen medicina, salud, empleo y vivienda, con un orden de prioridad similar para hombres y mujeres. Sin embargo, entre la población LGBTIQ+, se reporta más necesidad de empleo que de medicina y atención médica. En cambio, los mayores de 60 años priorizaron la medicina y la atención médica; mientras que los niños de 12 a 17 años identificaron la medicina, la atención médica y la educación como las principales prioridades.

En Colombia, se priorizó el acceso a la educación. La mayoría de los jóvenes se vieron obligados a interrumpir su educación cuando salieron de Venezuela, y muchas adolescentes embarazadas expresaron su deseo de regresar a la escuela después de dar a luz. Todos identificaron desafíos para acceder a la educación, incluidas las diferencias en los sistemas escolares entre Venezuela y Colombia, y la falta de documentación legal adecuada.

En Perú, los participantes identificaron con mayor frecuencia y en el orden descrito las siguientes prioridades: alimentación, empleo, atención médica y regularización migratoria, con porcentajes similares en todas las categorías. Los datos de Perú muestran que el 8% de las mujeres encuestadas en Tumbes estaban embarazadas, el 13% estaban amamantando y el 21% eran madres que viajaban solas con niños³¹. Cada uno de estos grupos informó necesidades particulares de atención para sí mismos o para quienes están bajo su cuidado.

31 Ronda 6 del DTM-OIM, en Tumbes



Programación Sectorial

Salud, incluida Salud Sexual y Reproductiva

Salud

En Venezuela la crisis tiene una amplia variedad de impactos negativos en este ámbito. Los resultados de la encuesta mostraron que el 46% de los encuestados en Venezuela habían recibido algún tipo de atención médica en el año anterior. De este grupo, el 55% estaba satisfecho con la atención recibida, y 45% informó que fue adecuada o insuficiente, principalmente en relación con la falta de medicamentos, suministros para exámenes médicos, personal disponible, infraestructura deteriorada o la necesidad de visitar múltiples instalaciones de salud para encontrar tratamiento. Además, los encuestados mostraron una preocupación generalizada sobre la vulnerabilidad de las mujeres embarazadas, afirmando que no hay suficientes máquinas para las pruebas, y que no pueden solventar el costo de los suplementos de embarazo y por ello la mayoría de las mujeres no los toman³².

Para los migrantes y refugiados venezolanos en los países de acogida, el acceso a la salud varía mucho de acuerdo al género. En Ecuador, el 69% de las mujeres, el 75% de las personas LGBTIQ+ y el 45% de los hombres encuestados dijeron necesitar atención médica. Entre estos, el 88% de las mujeres, el 66% de las personas LGBTIQ+ y el 80% de los hombres no recibieron la atención que necesitaban. Por el contrario, en Perú, el 92% de las mujeres que necesitaron servicios, lograron acceder a ellos en comparación con el 87% de los hombres.

Entre los que necesitaban atención médica en Perú y Ecuador, pero no la recibieron, los hombres y las mujeres informaron que las barreras de acceso eran principalmente: falta de dinero para cubrir costos de la atención y medicamentos, discriminación, falta de documentación y falta de información sobre acceso.

³² Sistematización GF-ME-1

En Perú, las mujeres también informaron desafíos relacionados con el horario de atención de los servicios de salud, dado que los servicios de salud solo están abiertos durante las horas regulares de trabajo, sumado a la carga de tareas domésticas y de cuidado que sostienen.

Según la Organización Mundial de la Salud, las poblaciones desplazadas enfrentan mayores riesgos de salud debido a las condiciones en las que se produce el desplazamiento, donde los trastornos más frecuentes afectan el estado nutricional, reproductivo y mental³³. Por ejemplo, en Colombia, 8 de cada 10 venezolanos encuestados confirmaron que ellos mismos, o alguien que conocen, habían experimentado largos períodos de tristeza o preocupación y estrés. La mitad de los encuestados había experimentado ansiedad o miedo crónico³⁴.

Salud Sexual y Reproductiva

El acceso a los servicios de SSR para la población venezolana es limitado tanto en Venezuela como en los países de acogida. El aumento de embarazos no planificados, incluso en adolescentes, y de enfermedades de transmisión sexual (ETS) han afectado gravemente a las mujeres venezolanas. Por ejemplo, se estima que entre 2010 y 2016 el número de nuevos casos de VIH aumentó en un 24%³⁵. Venezuela es el único país donde muchos de quienes estaban habían recibido terapia antirretroviral (ART), ya no tienen acceso a los medicamentos requeridos (ARV). Los resultados de la encuesta mostraron que el 34% de las personas que se sabe tienen VIH u otras ITS no recibió tratamiento en los últimos dos años, mientras que el 66% restante recibió algún tipo de tratamiento.

Los servicios de planificación familiar fueron interrumpidos desde el comienzo de la crisis, y el costo de los anticonceptivos aumentó a 25 veces su precio original. Las estructuras de salud pública enfrentan una escasez de productos en la mayoría de los métodos anticonceptivos, y para muchos el único método disponible es la esterilización quirúrgica a la que se someten las mujeres. Esto limita las opciones de planificación familiar y ha llevado a un aumento de embarazos no planificados y no deseados.³⁶ De hecho, los participantes de DGF en Venezuela informaron que la mayoría de los embarazos no fueron planificados. En una DGF, ninguna de las 17 mujeres participantes tenía acceso gratuito a los servicios de SSR. ACNUR informó que la tasa de embarazo adolescente ha aumentado en un 65% desde 2015. Esto tiene un impacto negativo directo en la escolaridad de las adolescentes, para quienes el embarazo es la razón principal del abandono escolar.³⁷ En noviembre de 2019, OCHA informó que muchas adolescentes embarazadas presentan deficiencia de nutrientes esenciales para el desarrollo de su feto, debido a las dificultades que enfrentan para acceder a la alimentación adecuada.

Muchas mujeres y adolescentes embarazadas venezolanas no pueden acceder a ningún servicio de atención prenatal o de parto. El 81% de las 97 mujeres embarazadas entrevistadas informaron que habían recibido un chequeo prenatal. De este grupo, el 77% recibió el chequeo en el primer trimestre, pero solo el 20% recibió un chequeo en el primer mes de embarazo. Entre el 19% que no recibió apoyo prenatal, las razones informadas para ello fueron: no tener recursos para pagar (52%), no tener tiempo (29%) y dificultades de acceso desde sus hogares debido a la distancia o las necesidades de transporte (10%). Las tasas de mortalidad materna han aumentado desde 2015 debido al deterioro del sistema de salud pública, la falta de personal, suministros, medicamentos, pruebas de diagnóstico y servicios básicos. Para muchas mujeres venezolanas, la falta de atención médica ha sido parte de su motivación para migrar a otros países. Por ejemplo, muchas mujeres embarazadas y niñas viajan a Colombia para recibir atención prenatal, y algunas incluso regresan a Venezuela el mismo día.

Los servicios de SSR siguen siendo limitados para los migrantes y refugiados venezolanos en los países de acogida. En Colombia, las organizaciones humanitarias, en línea con el PIMS en situaciones de crisis, están proporcionando algunos servicios. Sin embargo, con la enorme escala de las necesidades de DSSR, y dada la debilidad de los mecanismos de coordinación local y la falta de integración con la programación de VIH y VG, es probable que las personas con vulnerabilidades que se entrecruzan, como las adolescentes embarazadas, las personas LGBTIQ+ y las personas con discapacidades se vean perdidas en medio de estas enormes brechas en la provisión de servicios; particularmente en asentamientos informales más remotos. La evidencia de las estadísticas compartidas por ACNUR / OIM

³³ Citado por ENPOVE, Lima, 2018.

³⁴ PADF, IDEHPUCP. Estudio sobre el perfil socio económico de la población venezolana y sus comunidades de acogida: una mirada hacia la inclusión. Cecile Blouin. Lima. Agosto 2019. https://www.researchgate.net/publication/335327990_Estudio_sobre_el_perfil_socio_economico_de_la_poblacion_venezolana_y_sus_comunidades_de_acogida_una_mirada_hacia_la_inclusion

³⁵ El último año en el que se cuenta con datos sobre la situación de las personas viviendo con VIH es 2016.

³⁶ Mujeres al Límite. Equivalencias en Acción. 2019. https://cepaz.org/wp-content/uploads/2019/09/WOMAN_LIMITE_web_compressed.pdf

³⁷ El informe cita a: UNFPA. "Maternal Health". www.unfpa.org/maternal-health

muestra que en el año anterior al ARG en Colombia, el número de nacimientos en Cúcuta aumentó en un 150% y que, como resultado de la sobrecarga en el sistema de salud, la morbilidad materna también lo hizo en un 71% en 2019. Además, debido al acceso deficiente a los alimentos para las mujeres embarazadas, los recién nacidos con bajo peso al nacer aumentaron en un 80% durante el mismo período. En Perú, solo el 27% de los venezolanos encuestados (de 15 años o más) informaron haber recibido servicios de salud sexual y/o reproductiva durante el último año. El 67% no recibió ningún servicio y el 7% no conocía que existían servicios disponibles. El 51% de las mujeres que accedieron a los servicios de SSR informaron estar satisfechas con los servicios que recibieron, el 40% lo calificó como adecuado y el 9% como deficiente. Algunos informaron que la terminología para los diferentes servicios varía de un país a otro, lo que causa problemas de comunicación entre los proveedores de atención médica y los pacientes.

Conocimiento de las ETS y los métodos anticonceptivos: El 80% de las personas encuestadas informaron tener conocimiento sobre el VIH y otras infecciones, como sífilis, gonorrea y el virus del papiloma humano. Este conocimiento es similar a lo largo del espectro sexo-genérico. El 82% de las personas encuestadas dicen conocer sobre el uso de condones para prevenir el embarazo y las ETS. El 32% de las personas en edad reproductiva (12 a 39 años) informó que usaba anticonceptivos, el 62% conocía los métodos anticonceptivos, pero no los usaba, y el 6% informó no tener conocimiento.

Las encuestas en los países anfitriones muestran brechas importantes entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos, especialmente con respecto a los condones; tal es el caso de Ecuador, donde el 95% de las mujeres, el 90% de los hombres y el 100% personas LGBTIQ tienen conocimiento mientras que el 55%, el 58% y el 69% de los grupos respectivos dicen no tener acceso a métodos anticonceptivos. En Perú, el 94% de las mujeres y el 85% de los hombres afirmaron conocer los métodos anticonceptivos, pero sólo el 53% y el 55% respectivamente tenían acceso. En términos generales el conocimiento sobre el uso de condones para prevenir las ETS está ampliamente extendido, 85% de los hombres y el 90% de las mujeres. Así, casi todos los encuestados en los países de acogida sabían sobre el condón masculino, pero el condón femenino era prácticamente desconocido. Las mujeres señalaron que no necesitan usar un condón porque solo tienen relaciones sexuales con su pareja, o porque no tienen pareja, mientras que los hombres evitaron responder, o simplemente señalaron que no lo necesitan.

Violencia Institucional

Algunas mujeres y niñas denuncian discriminación, violencia e indisposición para prestar servicio por parte de los proveedores de atención médica. Por ejemplo, en una discusión de DGF en Ecuador, se informó que el personal de atención médica se negó a administrar anticonceptivos de emergencia a una niña de 14 años que había sido violada, debido a la posición personal de prestador de servicio. Aunque de naturaleza anecdótica, los informes de las GF en los 4 países indican que las actitudes negativas y los estereotipos sobre las adolescentes constituyen una limitación importante en su acceso a los servicios.

Impactos del COVID-19

El número de casos confirmados y las tasas de letalidad en los cuatro países parecen confirmar la tendencia mundial de que más hombres contraen la enfermedad y tienen más probabilidades de morir por ella que las mujeres.

Table 1 – Información sobre COVID-19³⁸ de los Países que Disponen de Datos y Desagregada por Género y Sexo

| País* | Casos Confirmados | Casos (% hombres) | Casos (% mujeres) | Muertes | Muertes (% hombres) | Muertes (% mujeres) | Muertes entre los casos confirmados (hombres) | Muertes entre los casos confirmados (mujeres) | Muertes entre los casos confirmados (Hombres:mujeres ratio) |
|----------|-------------------|-------------------|-------------------|---------|---------------------|---------------------|---|---|---|
| Ecuador | 20,622 | 56 | 44 | 2,127 | 69 | 31 | 12.8% | 7.1% | 1.8 |
| Perú | 68,822 | 60 | 40 | 1,961 | 72 | 28 | 3.4% | 2.0% | 1.7 |
| Colombia | 11,613 | 57 | 43 | 479 | 61 | 39 | 4.5% | 3.7% | 1.2 |

Ecuador se convirtió rápidamente en el epicentro del brote en América Latina; Colombia y Perú se vieron también muy afectados de manera progresiva. Venezuela tiene una proporción de camas de hospital por paciente que es menor a 1 por 1,000 personas, mientras que estas proporciones en Colombia y Perú son menores a 2 por 1,000³⁹. Para los migrantes y refugiados en los países de acogida, las barreras mencionadas previamente se confirman con la pandemia.

Los sistemas de salud pública colapsados o a punto de estarlo transfieren la responsabilidad a las familias quienes se hacen cargo de proveer los cuidados médicos posibles, comprar medicamentos, contratar servicios y brindar atención directa a las personas enfermas⁴⁰ generalmente tareas asumidas por mujeres. La situación se replica en relación con el cierre de las escuelas y requiere que los niños se queden en casa, impactando en la educación.

En América Latina, las mujeres son el 74% de la fuerza laboral social y de salud⁴¹ aumentando su exposición a la enfermedad e implica que ellas y sus hogares tienen mayor potencial de verse afectados. Paralelamente, mientras el 75% de los roles de toma de decisiones en el sector de la salud están ocupados por hombres, las mujeres ejercen los roles más vulnerables y menos protegidos, como asistentes personales de la salud, limpiadoras, cocineras, enfermeras y otros trabajos de atención de primera línea. Las mujeres y niñas venezolanas tienen mayor probabilidad de verse afectadas por el COVID-19 en tanto asuman estas tareas de cuidado tanto en sus trabajos remunerados como en sus hogares. Esto se ve exacerbado por el hecho de que, a nivel regional, el ingreso de las mujeres en el sector de la salud es generalmente un 25% más bajo que el de los hombres⁴².

Seguridad Alimentaria⁴³

Venezuela enfrenta altos niveles de inseguridad alimentaria. El 79% de los jefes de familia encuestados en Venezuela (60% de los hogares encabezados por mujeres, 39% de los hogares encabezados por hombres y 1% de los hogares encabezados por personas LGBTIQ+) informan que sus ingresos no son suficientes para comprar alimentos. Esta diferencia puede explicarse por el hecho de que entre los hogares encabezados por mujeres hay un mayor número de familias donde al menos un miembro de la familia ha migrado.

Dentro de los hogares, la distribución de alimentos, en relación a género y edad, es variada. De acuerdo a la información que brindaron los participantes, hay familias donde la toma de decisiones es compartida

³⁸ Las fechas de los informes, en cada caso, son: 10.05.20 (Ecuador) y 11.05.20 (Perú, Colombia).

³⁹ Banco Mundial. Camas Hospitalarias (por 1,000 personas). <<https://data.worldbank.org/indicator/sh.med.beds.zs>>

⁴⁰ https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45352/1/S2000260_en.pdf

⁴¹ Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: World Health Organization; 2019 (Human Resources for Health Observer Series No. 24). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311322/9789241515467-eng.pdf?ua=1>>

⁴² https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45352/1/S2000260_en.pdf

⁴³ La información sobre Seguridad Alimentaria está disponible solo en el caso de Venezuela.

e igualitaria, también las hay en que las decisiones son solo de los hombres, y otras en que deciden exclusivamente las mujeres. Las mujeres, incluidas las de la tercera edad, informan que, al momento de distribuir el alimento, antes de tomar el alimento para ellas, dan prioridad a los niños.

Muchos venezolanos de ambos sexos se ven obligados a vender sus activos, cambiar su composición familiar o desplazarse dentro o fuera del país para responder a la grave inseguridad alimentaria que enfrentaban. Ante las dificultades para encontrar alimentos, antes del COVID-19 el 35% de los hogares ya había reducido la cantidad de alimentos en cada porción; 32% había reducido la variedad de alimentos; y el 23% ha reducido la cantidad de comidas por día. Aunque estas estadísticas son similares en todos los géneros, es probable que los impactos sean mayores en las mujeres, especialmente en mujeres embarazadas y lactantes, y en las personas LGBTIQ+. Las estrategias para enfrentar esta situación varían según el género: los niños en hogares encabezados por mujeres a menudo son enviados a otras familias que pueden ayudar a mantenerlos. En los hogares encabezados por hombres, en cambio, es más común vender artículos para el hogar como un medio para acceder a los recursos económicos.

COVID-19. Las restricciones de movilidad y las interrupciones de la cadena de suministro, relacionadas con las medidas de contención de COVID-19, han aumentado la inseguridad alimentaria para todos en la región; siendo los migrantes y refugiados uno de los grupos más afectados, especialmente aquellos que estaban empleados en el sector informal y/o que vivían en asentamientos informales. Según el RMRP Revisado (mayo de 2020), hasta el 79% de los refugiados y migrantes encuestados en Colombia informaron que enfrentaban desafíos considerables para acceder a cantidades adecuadas de alimentos, tomando en cuenta que más del 80% de este grupo sólo come una o dos veces al día. En Ecuador, solo el 28% de los refugiados y migrantes encuestados informaron tener suficiente comida.

Hogares/Refugios Seguros

La situación en torno a la vivienda es, en Venezuela, muy diferente de aquella que viven quienes han emigrado. En Venezuela, la mayoría de los encuestados (57,3%) tienen su propio hogar, aunque esta tasa es más alta para los hombres (63%) que para las mujeres (54%) y otros grupos sexo-genéricos (25%). El 14% de los residentes alquila una vivienda (porcentaje similar entre hombres y mujeres, pero mucho más alto en el caso de otros géneros, que reportan 42%). El 13% vive con un pariente (15% de mujeres y 11% de hombres) y el 7% vive en alojamientos prestados. Las políticas y normas privilegian a los hombres en cuanto al acceso propiedad puesto que los hombres también tienen más probabilidades de tener acceso a recursos económicos para comprar propiedades.



Los venezolanos en tránsito informan que enfrentan desafíos significativos en términos de refugio seguro. Casi la mitad de los entrevistados en Ecuador y Perú se vieron obligados a pasar al menos una noche durmiendo en la calle durante su viaje desde Venezuela (en Ecuador, 42% de las mujeres y 52% de los hombres; en Perú, 41.8% de las mujeres y 49.1% de hombres). Si bien todos los que duermen en la calle están expuestos a peligros, la amenaza de asaltos sexuales es más prevalente para mujeres y menores.

Algunos refugios temporales, donde los migrantes y refugiados pueden permanecer por períodos cortos, están disponibles a lo largo de las rutas de migración. Las personas alojadas en refugios temporales informaron que accedieron a servicios como agua potable, alimentos y artículos de higiene. Los participantes en Ecuador también dan cuenta de la presencia de espacios seguros para las mujeres. Sin embargo, estos refugios son insuficientes para la demanda y no se encuentran en todas las ciudades. Se conoce que existen algunos refugios informales en varias ciudades del Ecuador, algunos operados por organizaciones de la sociedad civil y otros por familias. Las condiciones en estos refugios informales y, la

falta tanto de precauciones de seguridad como de provisión de privacidad hacen que no todos sean adecuados, de hecho algunos han sido utilizados también como espacios de extorsión y explotación.

Impactos del COVID-19

Los refugios y /o viviendas inadecuados y hacinados hacen que sea prácticamente imposible mantener un distanciamiento social adecuado o medidas de higiene, como lavarse las manos, aislar a los miembros de la familia enfermos, etc. Además, la interrupción, debido a las medidas de cuarentena, de las actividades de sustento económico y de la economía informal, y el aumento de los costos de vida, significan que muchos venezolanos en su país y en los países anfitriones ya no pueden pagar su renta. Esto ha llevado a un aumento en el número de desalojos y, en consecuencia, de personas viviendo en la calle, expuestas a riesgos sanitarios y de protección. Las autoridades han impuesto normativas extraordinarias para proteger del desalojo a los inquilinos que no pueden cumplir con sus compromisos financieros. Sin embargo, a menudo estas normativas no son aplicables para refugiados y migrantes sin acuerdos formales de arrendamiento u ocupación. Existe un estigma creciente en contra de venezolanos, quienes son vistos como posibles focos de infección dada su exposición⁴⁴, incrementando la xenofobia. Los refugios temporales y los centros de tránsito también se cerraron al inicio de la pandemia, como parte de las medidas de cuarentena más extendidas, pero los actores humanitarios y nacionales han hecho lo posible por reabrirlos cumpliendo con las medidas de salud pública requeridas. Esto ha significado limitar el aforo para garantizar el distanciamiento físico y la higiene adecuada.

Si bien hasta el momento hay pocos datos sobre los diferentes impactos de género que estas situaciones generan, es más probable que las mujeres hayan perdido su empleo como resultado de COVID-19 y tengan menos probabilidades de tener sus propios acuerdos de arrendamiento; más probabilidades de tener personas dependientes, como niños pequeños, a quienes necesitan albergar o garantizar un cuidado seguro y saludable. Las personas LGBTIQ+ tienen más probabilidades de haber sufrido discriminación a intentar acceder a una vivienda adecuada y segura y, por lo tanto, también tienen menos probabilidades de tener su propio contrato de arrendamiento.

Agua Potable, Saneamiento e Higiene

El acceso a agua potable, saneamiento e higiene varía ampliamente en los cuatro contextos, pero todos muestran desafíos importantes, incluidas preocupaciones relacionadas con protección.

Acceso a Fuentes de Agua Potable: Los participantes de DGF informan que existe escasez de agua en Venezuela, lo que limita su capacidad para mantener higiene básica: descargar los inodoros, ducharse diariamente y lavar los platos. Sólo el 29% de los encuestados tenía acceso a agua a través de la red pública, mientras que otro 29% se abastece a través de camiones cisterna, el 18% de agua de lluvia, el 11% agua de pozos y otro 11% de ríos. El agua de la red pública no siempre es segura y a menudo debe hervirse. El 22% de las mujeres, quienes mayormente ejercen responsabilidad sobre los recursos del hogar, informaron que pagan por adquirir agua (en comparación con el 13% de los hombres). En los países de acogida, el acceso al agua varía, en Ecuador y Perú el 70% dice tener acceso a la red pública de agua, mientras que en Colombia, el acceso al agua potable se ha deteriorado en los últimos años, especialmente en áreas fronterizas. "Las mujeres que viven en hogares con acceso limitado al agua potable invierten en trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, por semana, entre 5 y 12 horas más que las mujeres que viven en hogares sin (...) estas limitaciones.⁴⁵

La falta de acceso a agua segura dentro del hogar puede obligar a las personas a viajar a lugares distantes o despoblados, lo que aumenta los riesgos. En Venezuela, el 18% de las mujeres, el 16% de los hombres y el 25% de las personas LGBTIQ + encuestadas reportaron riesgos al viajar a fuentes de provisión de agua. El 81% de las mujeres que informaron enfrentar estos riesgos también manifestaron haber tomado medidas específicas para mitigarlos, como viajar con otras personas. En las discusiones de las mujeres participantes en DGF se reportan discriminación e incidentes de violencia durante el acceso al agua.⁴⁶

Inodoros, lavabos y duchas: más del 90% de los encuestados en Venezuela, Ecuador y Perú informan que pueden acceder a inodoros y baños. Sin embargo, los baños y las áreas de ducha a menudo son

⁴⁴ <https://r4v.info/es/documents/download/76210>

⁴⁵ https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/453521/S2000260_en.pdf

⁴⁶ GF M-1

espacios de acceso colectivo (utilizados por varias familias), no tienen electricidad y presentan condiciones de higiene inadecuadas. En todos los casos, quienes dicen no tener acceso a baños o un lugar seguro para bañarse también afirman que están preocupados por la ubicación de las instalaciones existentes, ya que la mayoría están fuera de la estructura principal, en exteriores, no son seguros por la noche, carecen de separación entre los hombres y mujeres, y no cuentan con cerraduras en las puertas. En Colombia, los migrantes y refugiados en asentamientos informales manifestaron que a menudo usaban un agujero excavado en el suelo, cubierto de cartón, como letrina, sin contar con un sistema apropiado para la eliminación de desechos. La limitación de recursos económicos, los altos costos de los productos de limpieza y la falta de agua crean condiciones poco saludables, incluidas limitaciones en términos de higiene personal, limpieza del hogar y eliminación de desechos. Junto con la falta de agua, todas las condiciones relativas a la higiene referidas hasta aquí aumentan el riesgo de enfermedades transmisibles, incluso antes de la propagación de COVID-19.

Manejo de la higiene menstrual: en todos los casos, la higiene menstrual es una preocupación importante entre las mujeres y niñas encuestadas. En Ecuador, las mujeres con DGF expresaron su preocupación por el uso tanto de toallas reutilizables (debido a las dificultades para manejarlas y lavarlas en condiciones de hacinamiento y con acceso limitado al agua) y/o copas menstruales (que se consideran incómodas y difíciles de usar, lavar y esterilizar). Las mujeres informan haber sido obligadas a pagar por el acceso al agua y los servicios sanitarios, lo que es sumamente complicado dada la precariedad económica que viven. En Perú, el 40.9% de las mujeres identificaron las toallas sanitarias y los analgésicos como su necesidad más urgente durante la menstruación. Algunas adolescentes venezolanas en DGF en Ecuador informaron haber sentido miedo al inicio de su menstruación debido a la falta de información sobre el proceso menstrual. Esta falta de información, combinada con acceso limitado al agua y lugares seguros para mantener su higiene durante su período, puede hacerlas propensas a enfermedades e infecciones. Algunas de las mujeres entrevistadas en Ecuador informaron que es posible que durante su período menstrual no tengan acceso a duchas o lugares para bañarse por hasta cuatro días.

A nivel mundial, la falta de acceso a instalaciones de saneamiento y productos menstruales seguros y dignos son una de las principales razones por las que las niñas abandonan la escuela. Si los productos menstruales quedan fuera del alcance de las mujeres y niñas migrantes / refugiadas / jóvenes, esto constituye una barrera potencial para su reinserción en la educación una vez que se levanten las restricciones de COVID-19.

COVID-19. Las medidas clave para el control de infecciones incluyen el lavado de manos y la desinfección de superficies contaminadas, además de todas las medidas de distanciamiento social recomendadas para evitar transmisiones. El RMRP 2020 (revisado) señala que refugiados y migrantes, particularmente en las zonas fronterizas, no tienen acceso a agua potable, infraestructura sanitaria o suministros básicos de higiene necesarios para protegerse del COVID-19 y adherirse a las medidas de salud impuestas. Como proveedores de atención primaria y los más responsables de la higiene del hogar, las mujeres y las niñas están aún más expuestas a riesgos que sus contrapartes masculinas. Podemos afirmar con seguridad que ellas soportarán la peor parte de todo aquello que conlleve garantizar la desinfección constante de los espacios y accesorios, así como el cuidado del hogar. Esto tendrá un impacto negativo en su uso del tiempo, en su capacidad de obtener ingresos una vez que se levanten las restricciones laborales y de movilidad, y en su salud física.

Conclusiones

La crisis en Venezuela ha empeorado las brechas de género, afectando el derecho a la vida y a vivirla libre de violencia; afectando el acceso a los derechos de SSR y el bienestar de todos, pero especialmente de las mujeres, las adolescentes y las personas LGBTIQ+.

La crisis actual ha producido cambios en los roles y responsabilidades de género tanto en Venezuela como en los países anfitriones. Si bien esto ha llevado a una mayor carga sobre las mujeres y las niñas, que a menudo se ven obligadas a asumir tareas de cuidado adicionales y desempeñar el papel de jefes de hogar en el contexto de crisis, también ha aumentado los sentidos de agencia y autoestima entre las mujeres venezolanas.

Las personas desplazadas están más expuestas a un alarmante conjunto de riesgos de protección, tanto en tránsito como al llegar a los países de acogida. El proceso migratorio enfrenta a las familias con la

posibilidad de una separación temporal o permanente. Esto implica mayores riesgos para las adolescentes: muchas no están acompañadas, han visto interrumpido su acceso a la educación y luchan por ganar suficiente dinero para cubrir las necesidades básicas; además muchas son vulnerables al matrimonio precoz y la explotación sexual.

Los venezolanos en Colombia, Ecuador y Perú a menudo carecen de la documentación necesaria para ser admitidos de manera regular. La migración irregular representa un factor de vulnerabilidad que puede limitar el acceso al empleo y a los servicios como la educación, la justicia y la salud, tanto para mujeres como para hombres. El status de irregularidad también aumenta el riesgo de estas personas, incluyendo niños, a ser retenidas por bandas criminales con fines de trata sexual y laboral.

Los migrantes y refugiados venezolanos también enfrentan actitudes y ataques xenófobos generalizados, en especial las mujeres y las personas LGBTIQ+ reportan niveles altos de violencia. La violencia xenófoba está muy vinculada al género, especialmente en el contexto de los estereotipos prevalecientes sobre las mujeres y adolescentes venezolanas, con frecuencia consideradas hiper sexualizadas y disponibles, lo que ha llevado a mayores índices de acoso y explotación en todos los ámbitos. También abundan otras preocupaciones de protección como el tráfico de personas y la falta de acceso a servicios. Es así que la mayoría de las personas encuestadas en la región no tienen suficiente información o acceso a los servicios para los sobrevivientes, particularmente para VG; lo que afecta particularmente a mujeres, niñas y personas LGBTIQ+. En Venezuela, estas barreras persisten debido a la insuficiencia de fondos y a la deficiente infraestructura del sistema de salud.

Las mujeres y las niñas enfrentan necesidades insatisfechas particulares en términos de SSR. En los cuatro países se observan altas tasas de mortalidad materna, embarazo adolescente y falta de acceso a pruebas de embarazo y tratamiento en gestación. La población LGBTIQ+ se encuentra marginada de los servicios de SSR y el acceso a la anticoncepción.

Los venezolanos, en los cuatro contextos, tienen acceso limitado a agua potable y baños. En Venezuela, estas limitaciones están vinculadas a la distribución inadecuada de agua, muchas veces contaminada, a través de la red pública, mientras que en Colombia se ven exacerbadas por la inseguridad continua en las zonas fronterizas. En los cuatro países, el acceso a baños e instalaciones de ducha es inadecuado, a menudo limitado por el uso comunitario de estos espacios y la falta de consideraciones de seguridad en su diseño.

Incluso antes de la llegada de COVID-19, la comunidad de migrantes y refugiados vivía en condiciones de extrema pobreza, en alojamientos hacinados y sin acceso adecuado a los servicios de salud. La mayoría de los niños y adolescentes ya veían limitado su acceso a la educación, y la mayoría de los adolescentes y adultos ejercían empleos informales, precarios y a veces incluso riesgosos, como ventas callejeras, trabajo doméstico, contrabando y sexo transaccional. Aunque muchos migrantes y refugiados venezolanos tienen algún tipo de calificación profesional, esto a menudo no se traduce en mejores oportunidades de empleo, ya que las calificaciones pueden no ser reconocidas en los países de acogida, a veces incluso arbitrariamente y debido a las percepciones negativas que prevalecen sobre los venezolanos.

Las condiciones identificadas, y las desigualdades de género relacionadas, se están exacerbando con la pandemia. Si bien es demasiado pronto para determinar en qué medida las mujeres, los hombres y las personas LGBTIQ+ se ven afectadas de manera particular (fuera de las tasas de VG y de contagio), sabemos que efectivamente sufren consecuencias adversas a partir de este fenómeno. Los riesgos de protección y salud en asentamientos informales, centros de tránsito y áreas superpobladas se han disparado. Las mujeres y las personas LGBTIQ+ enfrentan tasas de violencia altas, los hombres se enfrentan a una mayor falta de vivienda y desalojos, las mujeres y los hombres están siendo presionados para prestarse al contrabando, con la esperanza de llegar a lugares "más seguros", a veces incluso a Venezuela. Las mujeres están asumiendo la enorme carga de proporcionar atención médica de primera línea para sus familias y empleadores, mientras observan como sus ingresos disminuyen y sus responsabilidades aumentan. A pesar de todo esto, las mujeres también muestran una tremenda resistencia y liderazgo en la respuesta de primera línea. Los proveedores de servicios y las autoridades de violencia de género están mostrando formas nuevas e innovadoras de trabajar y proporcionar servicios. En otras palabras, COVID-19 puede fácilmente exacerbar aún más las desigualdades de género existentes entre las mujeres y los hombres venezolanos en la región. Pero también puede ser una plataforma para el liderazgo, y para nuevas e innovadoras ideas que se consoliden en el futuro.



Recomendaciones

Este ARG está enfocado en poblaciones venezolanas en Venezuela, Colombia, Ecuador y Perú. En los cuatro contextos, existe una necesidad urgente, y grave, de dar una mayor respuesta y apoyo; tanto antes como después del advenimiento del COVID-19.

Existe una necesidad urgente de asistencia humanitaria que considere las diferentes necesidades y vulnerabilidades de mujeres, hombres, niñas y niños. También deben reconocerse y abordarse las necesidades y riesgos particulares entre los distintos grupos, como las mujeres embarazadas y lactantes, las mujeres mayores, las niñas que viajan solas y las personas LGBTIQ+. Esto es aún más urgente a la luz de los planes y estrategias de respuesta de COVID-19.

Los países anfitriones también deberían reconocer la potencial riqueza que representan las entradas migratorias como el intercambio cultural, la afluencia de profesionales calificados y el potencial de mayores inversiones en las economías anfitrionas, y entonces actuar para prevenir y mitigar los resultados negativos y las reacciones hostiles de sus propias poblaciones. Los países de acogida tienen la responsabilidad de garantizar la seguridad, la dignidad y el acceso a los servicios básicos de los migrantes y refugiados venezolanos, y deben abordar estas preocupaciones a través de un enfoque de género. Este informe aborda las co-relaciones y se enfoca en aquellas recomendaciones que son comunes para todos los países. Para recomendaciones específicas dirigidas a cada contexto, consulte cada informe ARG individual.

Recomendación General

Este ARG debe ser actualizado y revisado conforme se desarrolle la crisis y los esfuerzos de respuesta continúen.

El análisis de género actualizado, sobre la dinámica de género cambiante dentro de las comunidades afectadas, permite una programación más efectiva y apropiada y garantizará que la asistencia humanitaria se adapte a las necesidades específicas de mujeres, hombres, niños, niñas y personas LGBTIQ+. Se recomienda que las organizaciones continúen invirtiendo en análisis de género, que los nuevos informes

se compartan ampliamente y que la programación se adapte a las necesidades cambiantes. Esto urgente a la luz de la evolución de la pandemia y sus impactos interrelacionados con la migración regional.

Recomendaciones Específicas

Sector Público:

1. **Revisar y adaptar las regulaciones de inmigración**, proporcionando respuestas adecuadas a las necesidades de protección de la población venezolana, especialmente a las personas más vulnerables. Los países anfitriones deberían revisar las políticas restrictivas de migración y las prácticas xenófobas desde una perspectiva de género, priorizando las estrategias destinadas a proporcionar protección a las poblaciones más vulnerables.
2. **Capacitar y apoyar a los funcionarios públicos involucrados en prestar servicios de inmigración para que desempeñen sus funciones con sensibilidad y respeto hacia las necesidades y vulnerabilidades (diferentes y específicas) de género.** Las instituciones públicas referentes a migración, inclusión social, educación y salud, deben asegurar que los proveedores de servicios tengan las habilidades y capacidades necesarias para proporcionar la atención adecuada a las poblaciones en movimiento, independientemente de su nacionalidad, género, edad, orientación sexual, etnia, condición de salud o discapacidad. Esto significa enfatizar la provisión de todos los servicios a través una mirada segura, efectiva, informada respecto al trauma y enfocada en el sobreviviente.
3. **Aumentar la difusión de información sobre los derechos y los servicios públicos disponibles para las poblaciones migrantes.** Proporcionar información adecuada y oportuna a las poblaciones recién llegadas, sobre sus derechos, servicios y apoyo disponibles, y marcos legales relevantes. Desarrollar la capacidad del personal de control fronterizo para informar a los recién llegados, reducir los riesgos y derivar a los migrantes y refugiados que necesitan servicios o apoyo. Asegurar que este personal brinde servicios e información específicos, incorporando una visión de género, por ejemplo, incluyendo información sobre VG para mujeres y niñas en todos los materiales de comunicación.
4. **Promover la coordinación entre los diferentes sectores involucrados en educación para el empleo, salud, migración y administración de justicia**, para garantizar la protección de las poblaciones venezolanas (especialmente en SSR), la regularización de la situación migratoria y la denuncia de violencia. Esto debería conducir a ejercicios concretos y coordinados para identificar y abordar las barreras que impiden el acceso de los venezolanos a los servicios básicos, incluidos los servicios de salud, educación y empleo. Esto es particularmente relevante garantizar enfoque de "no ocasionar daño" en el tratamiento de las necesidades de protección existentes y futuras.

Actores humanitarios, incluidos: sociedad civil, ONG I/L, donantes y agencias internacionales:

1. **Procesos de capacitación y sensibilización para todo el personal humanitario, para ayudarlos a reconocer las brechas de género** y abordar las necesidades de asistencia y protección diferenciada de mujeres, niñas y personas LGBTIQ+ en un contexto específico. Asegúrese de que esto incluya capacitación PSEA.

2. **Sensibilizar a la población venezolana y a las comunidades de acogida sobre sus derechos y obligaciones.** Incorporar planes de estudio y educación basados en derechos, así como información de servicio, en todos los programas e intervenciones humanitarias. Incluya, en la mayor cantidad de comunicaciones posible, acciones e instrumentos como mapeo de servicios actualizados y sistemas de referencia para sobrevivientes de violencia. Combine estos mensajes con nuevos esfuerzos de comunicación sobre el COVID-19 aprovechando el potencial de las nuevas plataformas digitales.
3. **Proporcionar fondos suficientes para una protección adecuada al contexto de mujeres, niños y poblaciones LGBTIQ+, tanto venezolanas como pertenecientes a comunidades de acogida;** especialmente a la luz de COVID-19 y el surgimiento de mayores riesgos de protección. Crear mecanismos de regularización y financiar proyectos que promuevan la inclusión productiva y digna de las poblaciones marginadas. Concéntrese específicamente en el trabajo remunerado / digno para mujeres y hombres, y aquellas personas que desempeñan trabajo doméstico, sexual, comercial de supervivencia, y los grupos más vulnerables a la trata y la explotación.

Recomendaciones para la Integración del Enfoque de Género

1. **Es esencial incorporar enfoques de género y protección en línea con los principios de VG y las medidas de mitigación de riesgos en todos los demás sectores técnicos, incluidos DSSR, WASH, refugio, alimentación, nutrición, medios de vida y modalidades de asistencia** (transferencias en efectivo y con cupones, en especie y prestación de servicios) tanto a nivel de clúster como a través de programas específicos. *Para obtener orientación adicional, consulte los compromisos mínimos de CARE con respecto al género y la diversidad para cada sector central de emergencia y / o el Kit de herramientas de emergencia de CARE.*
2. **Asegurar que la acción humanitaria considere las necesidades específicas de hombres, mujeres, niños, niñas y personas LGBTIQ+ que enfrentan múltiples vulnerabilidades dentro de la crisis humanitaria.** Aproveche este análisis de género para recopilar datos adicionales sobre las necesidades específicas y las vulnerabilidades superpuestas de los grupos, incluidos los grupos de migración pendular, las poblaciones indígenas, las personas con discapacidades y las personas LGBTIQ+; especialmente en relación al impacto de COVID-19 en cada una de sus situaciones específicas. Aumente y garantice la inversión en las necesidades específicas de estos diferentes grupos en riesgo. Adicionalmente, asigne recursos específicos para involucrar y fortalecer iniciativas locales que representen a grupos en riesgo; apoye el desarrollo de políticas, específicamente, para abordar las necesidades específicas de los hombres, mujeres y migrantes LGBTIQ +.
3. **Garantizar una participación significativa de las poblaciones afectadas por la crisis, en particular las mujeres y las niñas, en todas las instancias de la respuesta, especialmente en lo que concierne a la pandemia de COVID-19, en vista del impacto desproporcionado que este fenómeno genera en las mujeres y las niñas.** Es fundamental garantizar que las voces de las poblaciones marginadas, afectadas por la crisis, en particular las mujeres, las niñas y las personas LGBTQI+, no solo sean escuchadas pero también sean quienes informen y lideren los esfuerzos de respuesta. Para hacer esto, asegúrese de que su participación se incorpore de manera significativa en todo el proceso de evaluación, diseño, propuestas, implementación y retroalimentación. Promueva y apoye el liderazgo de las organizaciones locales de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de mujeres y LGBTIQ, como una prioridad urgente en cada etapa de la respuesta humanitaria.

4. **Poner en funcionamiento**, de manera urgente y a través de mecanismos de prevención, retroalimentación y **sistemas de respuesta sólidos**, instancias **para garantizar la rendición de cuentas por violaciones de derechos**, incluida la violencia de género, la explotación y el abuso sexual.

Recomendaciones para la Programación de Género Específica

1. Identificar, financiar y responder a las necesidades urgentes de Protección y VG

- a. Fortalecer y amplíe los esfuerzos de reunificación familiar que facilitan la entrada y el movimiento de las personas con estatus migratorio irregular.
- b. Fortalecer las actividades de prevención y respuesta, así como los sistemas de referencia. Asegúrese de que haya espacios seguros disponibles para mujeres, niñas y personas LGBTIQ+, especialmente en el contexto de COVID-19 y dados los cambios en las operaciones de refugios y centros de tránsito, reduciendo así los riesgos de violencia de género y evitando daños a los sobrevivientes.
- c. Mejorar la disponibilidad y las referencias entre los actores humanitarios en el manejo clínico de casos de violación, el manejo de casos en general, los servicios legales y otros cuidados enfocados en los sobrevivientes.
- d. Fortalecer el apoyo a los medios de vida para mujeres, niñas, niños y hombres vulnerables y en riesgo. En caso de que la asistencia en efectivo y cupones sea factible y apropiada en la respuesta, las partes interesadas deben utilizar la asistencia en efectivo y cupones y el compendio de VG para implementar en la programación estas prácticas prometedoras.
- e. Coordinar con otros actores para desarrollar recomendaciones prácticas que aborden el incremento del sexo transaccional, su dinámica compleja, incluida la forma en que se relaciona con diversos grupos. Combine estos esfuerzos con transferencias económicas para favorecer a trabajadores del sector informal afectados por las medidas COVID-19.
- f. Promover la aplicación de estándares mínimos en la prevención y respuesta a la violencia de género en emergencias, reconociendo y apoyando el trabajo existente y la fortaleza de las organizaciones y activistas de mujeres, los servicios gubernamentales y el Grupo de Protección. Trabajar con ellos en asociación para diseñar, apoyar e implementar actividades que prevengan y respondan a la violencia, incluso mediante el establecimiento de espacios seguros para los migrantes y refugiados venezolanos.
- g. Abordar la masculinidad tóxica como causa de violencia de género trabajando específicamente con hombres y niños para abordar comportamientos violentos.

2. Colaborar con otros actores para fortalecer la respuesta de DSSR en línea con el PIMS para SSR en situaciones de crisis:

- a. **Ampliar los servicios de SSR** que salvan vidas, incluidos la anticoncepción voluntaria, la atención segura del aborto, el tratamiento sintomático de las ETS, el apoyo para acceder a los antirretrovirales (para quienes lo recibieron anteriormente) y el fortalecimiento de un sistema de referencia 24/7 para atención obstétrica de emergencia. Apoye esta expansión de manera accesible para todos, incluidos los grupos en riesgo. Asegúrese de que estos servicios continúen, sin interrupción, a pesar de que surjan nuevos requisitos de financiación u otras medidas de salud en relación al COVID-19.
- b. **Capacitar a los proveedores de salud sobre cómo proporcionar enfoques de prestación de servicios basados tanto en los derechos como en los traumas**, incluidos los grupos estigmatizados como trabajadoras sexuales, adolescentes embarazadas, poblaciones LGBTIQ+, etc. Brinde esta capacitación de manera que se considere la carga adicional de trabajo de cuidado en el hogar y en el lugar de trabajo que surge en el contexto actual de respuesta de COVID-19 (para evitar sobrecargar aún más al personal de salud).

- c. **Desarrollar la capacidad de los mecanismos de coordinación en el PIMS para DDSR** en situaciones de crisis y en DSSR para adolescentes en entornos humanitarios.
 - d. **Apoyar al sistema de salud pública para que acepte y promueva opciones de anticoncepción para adolescentes y otras personas en edad reproductiva.** Asegúrese de que estas opciones continúen y se proporcionen de forma gratuita o con costos subsidiados, especialmente en el contexto de interrupciones en el suministro de COVID-19 y dado el aumento de la VG
 - e. **Aumentar el acceso a materiales de higiene menstrual y brinde apoyo para acceder a suministros de agua segura,** particularmente para mujeres y niñas adolescentes.
3. **Brindar, de manera urgente, asistencia en efectivo y / o cupones, actividades generadoras de ingresos y opciones de empleo seguras y dignas; especialmente en el contexto de las interrupciones en el sector laborales informal por COVID-19.** Asegúrese de que estas asistencias se basen en análisis de mercado que incorporen el componente género y correspondan enfoques basados en el mercado y en la asistencia en efectivo y cupones. Antes de implementar la programación basada en el mercado y en efectivo, trate de comprender: quién en el hogar debe recibir ayuda en efectivo; cuáles son los riesgos específicos del hogar y la comunidad que enfrentan mujeres, hombres, niños y niñas al recibir y gastar el dinero o al usar cupones; cuál es la dinámica de toma de decisiones en el hogar; y analice las posibilidades y dinámicas de movilidad, incluido el acceso a los mercados de los potenciales receptores. Apoye iniciativas para identificar calificaciones técnicas y profesionales entre las mujeres venezolanas, y apoyarlas para traducir estas experiencias en oportunidades de empleo en los países de acogida; oportunidades que sean seguras y estables. Aborde el tema de las cargas de trabajo de cuidado y atención, alentando a hombres y niños a compartir la carga y, tome en cuenta la carga de trabajo de atención no remunerada que asumen las mujeres, incorporando consideraciones de planificación laboral y financiera.
4. **Ofrecer refugios seguros y programas e intervenciones de vivienda alineando estas definiciones a los criterios de las poblaciones venezolanas que no tienen acceso vivienda propia,** como las mujeres con niños, las mujeres mayores y las poblaciones LGBTIQ+. Esto puede incluir el acceso a refugios designados como espacios seguros para mujeres y niñas, intervenciones para apoyar el acceso a alojamientos de alquiler, contratos con propietarios en áreas seguras o apoyo financiero a través de bancos locales u otros actores financieros. Asegúrese de que sigan las medidas de control seguro de infecciones y distanciamiento físico según lo requerido por las pautas de COVID-19 IPC, pero de tal manera no que no instrumentalizen y sí reconozcan el trabajo de cuidado no remunerado que asumen las mujeres para adherirse a estas medidas.
5. **Abordar los desafíos de seguridad alimentaria y nutrición para las mujeres y las niñas:** aumente de inmediato la acción humanitaria que promueva una nutrición adecuada, especialmente para las mujeres embarazadas y las adolescentes. Combine esta estrategia con actividades que permitan a las niñas, incluidas las embarazadas, permanecer en la escuela. Esto puede incluir: políticas y apoyo financiero para madres jóvenes, cuidado de niños, transferencias de efectivo para satisfacer necesidades nutricionales y médicas, y actividades de generación de ingresos o desarrollo de habilidades. Asegúrese de que los programas estén **diseñados en función de la composición del hogar**, en lugar de imponer una idea estándar del mismo. Por ejemplo, puede ser que en los hogares encabezados por mujeres, incluidas las mujeres mayores, se cuide a más niños y por ello existan mayores necesidades nutricionales. Para obtener ejemplos de cómo se ha implementado estas estrategias, mire las innovadoras medidas de apoyo a los hogares durante COVID-19 en diferentes países de ALC.

Secretariado de CARE International:
Chemis de Balexert 7-9
1219 Chatelaine, Ginebra
Suiza

Tel: +41 22 795 10 20
Fax: +41 22 795 10 29

cisecretariat@careinternational.org
www.care-international.org

CARE Género en Emergencias:

emergencygender@careinternational.org
[http://gender.care2share.wikispaces.net/Gender+i
n+Emergencias](http://gender.care2share.wikispaces.net/Gender+i+n+Emergencias)

CARE trabaja con comunidades pobres en países en desarrollo para erradicar la pobreza extrema y la injusticia.

Nuestros programas de asistencia a largo plazo proveen alimentos, agua potable, atención médica básica y educación, y generan oportunidades para que las personas construyan un mejor futuro para sí mismas.

También entregamos asistencia de emergencia a los sobrevivientes de desastres naturales y conflictos, y ayudamos a las personas a reconstruir sus vidas.

Tenemos 70 años de exitosa experiencia en la lucha contra la pobreza, y el año pasado ayudamos a cambiar la vida de 65 millones de personas al rededor del mundo.

